



FACULTAD DE POSTGRADO
TESIS DE POSTGRADO
ESTIMACIÓN DEL COSTO POR LA FALTA DE ADHERENCIA
DE LAS PERSONAS CON VIH DEL HOSPITAL ESCUELA
UNIVERSITARIO.

SUSTENTADO POR:

NORMA MARÍA RIVERA

JOSÉ NELSON JIMÉNEZ

PREVIA INVESTIDURA AL TÍTULO DE
MÁSTER EN
DIRECCIÓN EMPRESARIAL

TEGUCIGALPA, F.M., HONDURAS, C.A.

ABRIL, 2017

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA

UNITEC

FACULTAD DE POSTGRADO

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR

MARLON ANTONIO BREVÉ REYES

SECRETARIO GENERAL

ROGER MARTÍNEZ MIRALDA

DECANO DE LA FACULTAD DE POSTGRADO

JOSÉ ARNOLDO SERMEÑO LIMA

ESTIMACIÓN DEL COSTO POR LA FALTA DE ADHERENCIA

DE LAS PERSONAS CON VIH DEL HOSPITAL ESCUELA

UNIVERSITARIO

TRABAJO PRESENTADO EN CUMPLIMIENTO DE LOS

REQUISITOS EXIGIDOS PARA OPTAR AL TÍTULO DE

MÁSTER EN

DIRECCIÓN EMPRESARIAL

ASESOR METODOLÓGICO

CARLOS A. ZELAYA OVIEDO

ASESOR TEMÁTICO

EDNA MARADIAGA

MIEMBROS DE LA TERNA

TAMARA RIVERA

MARLON MEJIA

ALBERTINA NAVARRO



FACULTAD DE POSTGRADO

ESTIMACIÓN DEL COSTO POR LA FALTA DE ADHERENCIA

DE LAS PERSONAS CON VIH DEL HOSPITAL ESCUELA

UNIVERSITARIO

NOMBRE DEL MAESTRANTE:

NORMA MARIA RIVERA

JOSE NELSON JIMEZEZ

Resumen

En el presente trabajo de investigación se abordó el problema de la falta de Adherencia a la terapia Antirretroviral (TARV) de los pacientes con diagnóstico de VIH; Esta falta de Adherencia, predispone al paciente a adquirir una infección oportunistas que condicione su delicado estado de salud, esto pone en riesgo su vida requiriendo servicios consecutivos de hospitalización, con apoyo de diagnóstico complejo (interconsultas con otras especialidades médicas, exámenes de Laboratorio e imagen), con manejo de medicamentos, todo esto genera alto costos al presupuesto del Hospital Escuela Universitario. Esta investigación tuvo un enfoque mixto predominantemente cuantitativo. La recolección de datos consistió en la aplicación de una encuesta a los pacientes, una entrevista al equipo multidisciplinario del CAI Hospital Escuela y una lista de chequeo a 20 expedientes clínicos, con el fin de profundizar en la problemática. De acuerdo a los resultados el hallazgo de mayor relevancia es que los costos de la atención hospitalaria elevan tres veces la estimación de los costos de la Atención Ambulatoria.

Palabras claves:(Adherencia, Terapia Antiretroviral, Costo, Atención Hospitalización, VIH)



FACULTAD DE POSTGRADO

BY:

NORMA MARIA RIVERA

JOSE NELSON JIMENEZ

Abstract

The present study investigated the problem of the lack of Adherence to Antiretroviral Therapy (ART) of patients with HIV diagnosis; This lack of Adherence predisposes the patient to acquire an opportunistic infection that conditions his or her delicate health condition, endangers his life requiring consecutive hospitalization services, with complex diagnostic support (interconsultations with other medical specialties, laboratory and imaging tests) , With medication management, all this generates high costs to the University Hospital's budget. This research had a predominantly quantitative mixed approach. The data collection consisted of the application of a patient survey, an interview with the CAI University Hospital's multidisciplinary team and a checklist of 20 clinical files, in order to deepen the problem. According to the results the most important finding is that the costs of hospital care increase three times the estimate of the costs of Ambulatory Care.

Key words: (Adherence, Antiretroviral Therapy, Cost, Hospital care, HIV)

DEDICATORIA

A DIOS, por ser mi creador, fuerza que me dio vida y la oportunidad de alcanzar este triunfo que tomo de sus manos para dedicárselo hoy a él como esfuerzo y amor.

A MIS PADRES, porque han sido y son mi guía, ejemplo, motivación y la luz que Dios me ha dado en esta vida, a quienes admiro y amo.

A MIS HERMANOS, con quienes comparto este logro por el apoyo que me brindaron.

A MIS AMIGOS, con cariño por el apoyo que siempre me brindaron.

Norma Rivera

DEDICO DE MANERA MUY ESPECIAL A DIOS por haberme dado inteligencia, fuerza y deseo de seguir adelante en este proyecto de vida.

A MI FAMILIA (Esposa, hija, Madre, suegra, Hermanos) porque ellos han sido la base que me proporcionó firmeza, amor, cariño y comprensión cuando estaba ausente.

A MIS PASTORES por la cobertura espiritual que me han brindado en todo este tiempo.

José Nelson Jiménez

AGRADECIMIENTO

A DIOS por darnos fuerzas, valor e inteligencia para poder finalizar esta meta de vida.

A FAMILIARES Y AMIGOS por el apoyo moral y afectivo que nos brindaron durante todo este periodo de estudio.

A la DRA. ADRIANA ARITA por su apoyo incondicional y oportuno en la elaboración de esta tesis.

A la DRA. EDNA MARADIAGA por los consejos brindados para la realización de esta tesis como asesora temática.

A las AUTORIDADES DEL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO por brindarnos la oportunidad de realizar esta investigación en las instalaciones de la institución que actualmente presiden, por autorizar la realización del proyecto y permitir el acceso a la información.

A CADA UNA DE LAS PERSONAS que colaboró de manera directa e indirectamente en realizar la presente investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 Introducción	1
1.2 Antecedentes del problema	2
1.3 Definición del problema	5
1.3.1 Enunciado del problema	5
1.3.2 Formulación del problema	6
1.3.3 Preguntas de investigación	6
1.4 Objetivos del proyecto.....	7
1.4.1 Objetivo general.....	7
1.4.2 Objetivos específicos	7
1.5 Justificación.....	7
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Análisis de la situación actual	9
2.1.1 Análisis macro entorno	12
2.1.2 Análisis micro entorno.....	16
2.1.3 Análisis interno	22
2.2 Teorías de sustento.....	28
2.3 Conceptualización	32
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	34
3.1. Congruencia metodológica.....	34
3.1.1. Variables de investigación.....	36
3.1.2. Operacionalizacion de variables	38
3.1.3. Hipótesis	43

3.2. Enfoque y métodos	43
3.3. Diseño de la investigación	46
3.3.1. Población	47
3.3.2. Muestra	48
3.3.3. Unidad de análisis	48
3.3.4. Unidad de respuesta	49
3.4. Instrumentos, técnicas y procedimientos aplicados	49
3.4.1. Instrumentos	49
3.4.2. Técnicas	49
3.5 Fuentes de información	52
3.5.1 Fuentes primarias	52
3.5.2.1 Fuentes secundarias	53
3.6 Limitantes del estudio	53
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS	54
4.1 Análisis estadístico	54
4.2 Resultados de la encuesta	55
4.2.1 Resultados de datos Sociodemográficos	55
4.2.2 Resultados de Datos Clínicos	57
4.3 Resultados de la Entrevista/ Encuesta	61
4.3.1 Resultados de los factores relacionados con la adherencia desde la perspectiva del paciente.	61
4.3.1.1 Factores identificados relacionados con la Persona	61
4.3.2 Resultados de los factores relacionados con la adherencia desde la perspectiva de los prestadores de servicio.	64
4.3.2.1 Factores identificados relacionados con la Persona	64

4.3.2.2	Factores identificados asociados al Sistema	65
4.3.2.3	Factores identificados asociados al Medicamento	65
4.4	Resultados de la ficha de registro	66
4.4.1	Estimación de los costos de la Atención Hospitalaria	66
4.5	Alternativa para mejorar la adherencia de las personas con VIH que acuden al CAI del HEU, desde la perspectiva de los proveedores de salud.	68
4.6	Diagrama de Ishikawa	69
4.6	Propuesta.....	70
4.6.1	Plan de mejora para la adherencia al tratamiento antirretroviral de los pacientes del CAI del Hospital Escuela Universitario.....	70
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIÓN		81
5.1.	Conclusiones	81
5.2.	Recomendaciones	83
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA		85
ANEXOS		89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores que afectan la adherencia a la terapia antirretroviral.....	3
Tabla 2. Factores más frecuentemente asociados a la falta de Adherencia	4
Tabla 3. Profesionales de la salud que brindan atención en el CAI del HEU.....	11
Tabla 4. Matriz Metodológica.....	35
Tabla 5. Matriz Operacionalizacion de Variables.....	38
Tabla 6. Grupos Etarios, sexo y estado civil de los pacientes VIH hospitalizados	55
Tabla 7. Escolaridad y Procedencia de los pacientes VIH hospitalizados.....	56
Tabla 8. Ocupación de los pacientes VIH hospitalizados	57
Tabla 9. Tipo de falta de adherencia.....	57
Tabla 10. Causas frecuentes de Hospitalización.....	58
Tabla 11. Recomendaciones para la prescripción	73
Tabla 12. Programa de atención farmacéutica	74
Tabla 13. Causas De Incumplimiento Y Posibles Estrategias De Intervención	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Casos de VIH y Casos SIDA por sexo. 2010-Octubre 2016	17
Figura 2. Personas con VIH que reciben terapia antirretroviral, 2010-junio 2016	18
Figura 3. Cascada del Continuo de la Atención en VIH. Honduras. 2015	19
Figura 4. Diagrama de variables	37
Figura 5. Diagrama de la investigación.	47
Figura 6. Clasificación del VIH de acuerdo a las Categorías del CDC	59
Figura 7. Condición de Egreso de los pacientes.	60
Figura 8. Factores relacionados con la persona	61
Figura 9. Factores identificados relacionados con el Medicamento	62
Figura 10. Factores identificados relacionados con el Sistema de Salud	63
Figura 11. Frecuencia de los Factores relacionados a la falta de Adherencia identificados por los Pacientes del Estudio.	64
Figura 12. Distribución Porcentual de la Estimación de costos hospitalarios de los 20 pacientes con falta de adherencia.	66
Figura 13. Comparativo entre la estimación del costo diario de la atención hospitalaria de pacientes con falla en la Adherencia versus el costo diario de la atención ambulatoria en pacientes adherentes	68
Figura 14. Diagrama causa y efecto del costo por la falta de adherencia.	69

ABREVIATURAS

- CAI: Centro de Atención Integral
- CDC: Centro del Control de Enfermedades
- CONASIDA: Comisión Nacional de SIDA
- CV: carga viral
- GAA: Grupo de Auto-apoyo
- GRD: Grupos Relacionados de Diagnóstico
- HEU: Hospital Escuela Universitario
- IO: Infección Oportunista
- IT: Investigación Traslacional
- MEGAS: Medición del Gasto en Sida
- ODM: Objetivos del Desarrollo del Milenio
- ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- ONG: Organismos No Gubernamentales
- ONUSIDA: El Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- PEA: Población Económicamente Activa
- PEI: Plan Estratégico Institucional
- PENSIDA: Plan Estratégico Nacional de SIDA
- SESAL: Secretaría de Salud
- SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida

- TARV: Terapia Antirretroviral
- TB: Tuberculosis
- TCS: Trabajadora comercial del sexo
- UDI: Usuario de drogas intravenosa
- UGI: Unidad de Gestión de la Información
- UNAH: Universidad Nacional Autónoma de Honduras
- UPEG: Unidad de Planificación Estratégica de la Gestión
- UVS: Unidad de Vigilancia de la Salud
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente capítulo contiene una descripción detallada de la investigación, indicando una introducción del tema, sus antecedentes y definición del problema. Así mismo se plantean las preguntas de investigación, los objetivos, y concluye con la justificación de la investigación.

1.1 Introducción

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) constituye una pandemia y es una de las primeras causas de mortalidad a nivel mundial. De acuerdo a los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas para el tema de VIH/SIDA (ONUSIDA) para finales del 2015, se estimaba existían cerca de 36,9 millones de Personas con VIH.

El tratamiento del VIH es un elemento fundamental para detener la epidemia de SIDA y conseguir que la transmisión del VIH sea un hecho excepcional. El VIH/SIDA sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos o medianos. La población más frecuentemente afectada es en la población en edad reproductiva y coincide además con la Población Económicamente Activa (PEA), por lo que el impacto económico afecta tanto a la Macro como la Microeconomía.

La OMS en 1998 definió la Adherencia al Tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito, la persistencia y tomar la medicación a lo largo del tiempo.

Cada vez que un paciente pierde o retrasa una dosis, el virus tiene la oportunidad de reproducirse más rápidamente, incrementando las posibilidades de mutación y de resistencia al tratamiento.

Se ha descrito que la Adherencia a la medicación puede ser influenciada potencialmente por cuatro determinantes los cuales son: factores relacionados de la persona, factores relacionados con los medicamentos, factores relacionados con el proveedor de salud, factores relacionados con el sistema de salud.

Un paciente no Adherente a la TARV presentará tarde o temprano mutaciones virales que conllevan al desarrollo de resistencia a los medicamentos de primera línea, por lo que requerirá líneas terapéuticas de rescate de mayor costo.

Numerosos estudios han demostrado que la falta de Adherencia, condiciona al paciente a adquirir una infección oportunista que condicione un estado de salud delicado que pone en riesgo su vida requiriendo servicios consecutivos de hospitalización, apoyo diagnóstico complejo y manejo con medicamentos de alto costo, con desenlace muchas veces fatal.

1.2 Antecedentes del problema

Con la terapia antirretroviral (TARV) se pretende lograr la supresión de la carga viral, restablecer la función inmunológica, disminuir la morbimortalidad, evitar la resistencia a los medicamentos y la progresión clínica de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

Como se menciona anteriormente la Adherencia a la TARV puede ser influenciada potencialmente por cuatro determinantes como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1. Factores que afectan la adherencia a la terapia antirretroviral.

FACTORES DE LA PERSONA	MEDICAMENTOS	FACTORES DEL PROVEEDOR DE SALUD	EL SISTEMA DE SALUD
Historia y uso de drogas y /o alcohol	Frecuencia de dosis (mejor adherencia sí se da 1 a 2 veces al día)	Algunos proveedores de salud les falta el conocimiento, habilidad, o el tiempo para llevar a cabo intervenciones que apoyen la adherencia	Distancia y facilidades de acceso al servicio de salud
Adolescencia y edades menores	Características de la presentación y formulación del medicamento: tamaño de la tableta o cápsula, sabor, volumen requerido	La relación entre el proveedor y la persona es un factor crítico en la adherencia, aspectos importantes de esta relación incluyen: franqueza y amigabilidad; el interés genuino y empatía	Horario de funcionamiento, tiempo prolongado de los periodos de espera, personal desconsiderado, sistema de citas
Problemas psicosociales (falta de apoyo social, estigma, la depresión, ansiedad, psicosis)	Dificultades para tomar el medicamento cuando está fuera de casa. (Estigmatización)	La adherencia de la persona se refuerza cuando el equipo multidisciplinario proporciona explicaciones claras, brinda estímulo y apoyo.	Disponibilidad de los medicamentos
Bajo nivel de educación y dificultad de la persona para identificar sus medicamentos	Requerimientos de comida o ayuno para ingerir el medicamento		Insatisfacción con el sistema de salud por experiencias pasadas o presentes
Respuesta clínica nula o insuficiente	Efectos secundarios, especialmente la lipodistrofia, el incumplimiento a la terapia se relaciona con falta de adherencia intencional.		

Fuente: (Bu, 2013)

En el año 2006, se realizó un estudio sobre los Factores asociados a la no-adherencia a la terapia en las personas con VIH/ SIDA atendidas en el Centro de Atención Integral (CAI) del Hospital Escuela de Tegucigalpa.

El estudio se llevó a cabo en dos fases revisión del registro de entrega de medicamentos por parte de la farmacia del Centro de Atención Integral (CAI) del Hospital Escuela de todos los

pacientes que cumplían con los criterios de inclusión en los meses de enero a junio del 2006. En esta primera fase se determinaron los pacientes con adherencia y sin adherencia a TARV.

La recolección de la información y aplicación de cuestionarios a los pacientes se realizó en el período comprendido de octubre a noviembre del 2006.

Los resultados de dicho estudio reflejan los factores más frecuentemente asociados a la falta de Adherencia como se observa:

Tabla 2. Factores más frecuentemente asociados a la falta de Adherencia

VARIABLES	IC95%	Valor P
Motivo para dejar de Tomar los medicamentos de laTARV		
Cuando le caen mal	1.8-120.8	0.003
Al acabarse el medicamento	0.9-82	0.06
Cuando se deprime	0.7-9.4	0.2
Al perder una cita	0.1-1.7	0.1
El trabajo dificulta horario de TX	0.6-2.9	0.5
Hábitos		
Toma alcohol	0.8-14	0.1
Fuma cigarrillos	0.1-1.6	0.1
Usa otras drogas	0.3-44	0.5

Fuente: (Gina Morales, Miguel Aragón, & Bredy Lara, 2009).

El estudio arrojó que el “dejar de tomar los medicamentos por efectos secundarios al tratamiento”, es la variable con asociación estadísticamente significativa.

La intolerancia orgánica a la medicación que se presenta al inicio del tratamiento antirretroviral, suele ser una característica común tanto en pacientes considerados adherentes como en aquellos que no lo son. En general, la vivencia que éstos pacientes expresan es de malestar, el tratamiento es lo que enferma, lo que les “hace mal”, lo que “da miedo”, lo que

“descompone”, de tal forma que estos efectos no son siempre solo una característica inicial del tratamiento sino que muchas veces son difíciles de ser superados.

Dichos efectos secundarios a la TARV también han sido referidos como un factor de no adherencia en investigaciones realizadas a nivel mundial.

1.3 Definición del problema

En los siguientes incisos del presente trabajo se desarrolla el enunciado y formulación del problema, dando lugar a plantear las preguntas de investigación y los objetivos del proyecto que guiaron el desarrollo de esta investigación.

1.3.1 Enunciado del problema

La falta de Adherencia a la terapia antirretroviral (TARV) de los pacientes con diagnóstico de VIH produce un aumento en la replicación viral y un consecuente deterioro inmunológico en los pacientes, que se traduce en la aparición de infecciones oportunistas que requieren de medicamentos de alto costo, estancia hospitalaria prolongada, generación de interconsultas a especialidades y subespecialidades, exámenes de laboratorio e imágenes para establecer diagnóstico y brindar seguimiento y monitoreo a la terapia indicada, entre otras. En el Hospital Escuela Universitario, en el periodo de mayo- diciembre 2016 , se observó el ingreso de pacientes con VIH a las salas de hospitalización de Medicina Interna de Hombres y Mujeres ; quienes en su mayoría acudieron en un estado inmunológico deteriorado con Infecciones Oportunistas y al ser interrogados afirmaron no estar tomando su medicamento de la forma correcta (Adherencia Intermitente) o que se encontraban en abandono de su terapia, lo que

denota una falta de adherencia a su tratamiento antirretroviral, situación que generó costos de atención hospitalaria al Hospital Escuela Universitario.

1.3.2 Formulación del problema

La falta de Adherencia de las Personas con VIH genera un mayor costo de atención hospitalaria en relación al costo de atención ambulatoria de un paciente Adherente. Ante esta situación, la investigación identifica la siguiente problemática:

Desconocimiento del costo de atención hospitalaria por la falta de adherencia a la TARV de los pacientes con VIH que acuden al CAI del Hospital Escuela Universitario de la ciudad de Tegucigalpa, Honduras.

¿Cuál es el costo de la atención hospitalaria de los pacientes con VIH hospitalizada en las salas de medicina interna por falta de adherencia que acuden al CAI del Hospital Escuela Universitario?

1.3.3 Preguntas de investigación

- 1.** ¿Cuáles son los factores que influyen en la falta de adherencia a la terapia antirretroviral por parte de los pacientes del CAI del Hospital Escuela Universitario?
- 2.** ¿Cuál es el costo que generó al Hospital Escuela Universitario la falta de adherencia a la Terapia Antirretroviral de los pacientes adscritos al Centro de Atención Integral que requirieron atención hospitalaria en el período de mayo a Diciembre del 2016?
- 3.** ¿Cuál sería la alternativa viable para reducir la falta de adherencia y evitar los costos de la atención hospitalaria para el HEU?

1.4 Objetivos del proyecto

1.4.1 Objetivo general

Estimar el costo de la atención hospitalaria de los pacientes ingresados en la salas de medicina interna del HEU por falta de adherencia a la TARV.

1.4.2 Objetivos específicos

- 1 Identificar las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes ingresados en las salas de medicina interna del HEU por falta de adherencia de la TARV.
- 2 Analizar los factores que afectan la Adherencia y los costos de atención hospitalaria en los pacientes objetos de investigación.
- 3 Definir la alternativa viable para mejorar la adherencia a la TARV y reducir los costos de atención hospitalaria de las personas con VIH.
- 4 Proponer la implementación de un plan de mejora a la adherencia para los pacientes con VIH que acuden al CAI del Hospital Escuela Universitario.

1.5 Justificación

Lo que motivó el desarrollo de esta investigación es el desconocimiento por parte de los tomadores de decisiones del Hospital Escuela Universitario del costo económico que genera en su presupuesto anual la falta de adherencia de las personas con VIH que pertenecen a la cohorte del Servicio del CAI de dicha Institución.

La falta de adherencia a la TARV ocasiona un incremento en el presupuesto del Hospital Escuela Universitario ya que conlleva a una atención hospitalaria de alta complejidad por lo que

se torna de suma importancia hacer vigilancia de la buena adherencia de los pacientes a la terapia antirretroviral para evitar que requieran de esta atención.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

Una vez planteado y justificado el por qué realizar la presente investigación, es necesario tener una base teórica que ayude a sustentar el mismo. Es por eso que en este apartado se describe una reseña bibliográfica relacionada con la temática de investigación.

El marco teórico que sustenta la presente investigación contiene tres enfoques: a nivel macro entorno, micro entorno, y el análisis interno que se relacionan con el problema, seguido de la conceptualización y términos relacionados con las teorías que sustentan la investigación.

2.1 Análisis de la situación actual

En el año de 1986 se creó por primera vez en el Hospital Escuela el Servicio de Infectología con la actividad profesional de dos Infectólogos formados en el extranjero; el Dr. Tito Alvarado egresado de la Escuela de Medicina Tropical de Londres Inglaterra y el Dr. Efraín Bu Figueroa Internista y graduado en Infectología de la Universidad de Baylor en la ciudad de Houston Texas Estados Unidos.

Rápidamente el Servicio de Infectología se vio abarrotado de manera creciente por numerosas casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA), muchos de los cuales, eran abordados en salas de hospitalización y en la consulta externa, con los años la Infección por VIH se convirtió en la primera morbilidad en dicho Servicio.

En el año 2002 se creó en el Hospital Escuela el Centro de Atención Integral a personas con VIH, con financiamiento procedente del Fondo Global y de la Organización de Naciones Unidas ONU (Secretaria CAI Hospital Escuela Universitario, 2008).

Desde sus inicios el Centro se creó con una visión holística para el tratamiento de la infección y de la enfermedad, lo que dio lugar al aumento en la oferta de los servicios de atención para estos pacientes, que además de clínico y médico, sería psicológico y social. Dichos servicios son brindados por un equipo multidisciplinario siguiendo las políticas nacionales que al respecto se estaban desarrollando en el marco del Plan Estratégico Nacional de Sida (PENSIDA).

Debido a que la demanda de los servicios se incrementó, se crearon servicios diferenciados para la población adulta y la población pediátrica incorporando profesionales como psicóloga, trabajadora social, farmacéutica, médicos sub-especialistas (Infectólogos), especialistas (pediatras), médicos generales con formación en VIH, enfermera profesional y auxiliar de enfermería.

En el año 2006 se inauguraron las instalaciones del actual Centro de Atención Integral (CAI), donde se concentra toda la actividad asistencial dirigido a las personas con VIH/SIDA, también se atienden a personas con diversas patologías concernientes a Infectología como parte del Servicio de dicha especialidad (Secretaria CAI Hospital Escuela Universitario, 2008).

Para el año 2017 el CAI cuenta con un equipo de profesionales de la salud quienes brindan atención integral a las personas que acuden al Servicio los cuales se detallan a continuación:

Tabla 3. Profesionales de la salud que brindan atención en el CAI del HEU.

ITEM.	PROFESIONALES DE LA SALUD	NUMERO	OBSEVACION
1	Médico Internista e Infectólogo	2	Uno de ellos con subespecialidad en tuberculosis
2	Infectólogo Pediatra	1	
	Médico General	3	Con formación en la atención de personas con VIH
4	Pediatra	1	Con formación en la atención de personas con VIH
5	Licenciada en Enfermería	2	
6	Auxiliares de Enfermería	2	
7	Microbiólogos	2	
8	Odontólogo	2	
9	Psicólogo	1	
10	Farmacéutico	1	
11	Auxiliar de Farmacia	1	
12	Trabajadoras Sociales	1	
13	Administradora	1	
14	Encargado de Archivo	1	
15	Total	23	

Fuente: (Secretaria CAI Hospital Escuela Universitario, 2008)

Actualmente el centro atiende una cohorte de 939 pacientes: 135 niños y 804 adultos, quienes reciben TARV y son evaluados cada 35 días o de acuerdo a criterio médico.

En cuanto a la proyección social el centro colabora con el Grupo de Auto-apoyo (GAA) que lucha contra VIH, realiza actividades de promoción y educación en jóvenes adolescentes, colabora en capacitaciones para personal de salud y hacia otras organizaciones que trabaja en el tema de VIH en nuestro país.

2.1.1 Análisis macro entorno

El tratamiento del VIH es un elemento fundamental para detener la epidemia del VIH/SIDA y conseguir que la transmisión del VIH sea un hecho excepcional. El VIH/SIDA sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos o medianos (ONUSIDA, 2016).

La población más afectada es la población en edad reproductiva y coincide además con la Población Económicamente Activa (PEA), por lo que el impacto económico afecta tanto a la Macro como la Microeconomía. De acuerdo a los datos de la Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas para el tema de VIH/sida (ONUSIDA) para finales del 2015, se estimaba existían cerca de 36,9 millones de Personas con VIH; en los últimos 15 años (2000-2015) se han logrado evitar 30 millones de Infecciones nuevas, se ha reducido el 58% de nuevas infecciones por VIH en niños, y se han evitado la muerte de 8 millones de Personas (ONUSIDA, 2016).

Indudablemente el acceso al tratamiento Antirretroviral (TARV) de las personas con VIH es una de las estrategias más efectivas y que ha contribuido al alcance de estas metas. Una persona con VIH puede ahora, gracias a los adelantos en la Terapia Antirretroviral, vivir más tiempo y en mejor estado de salud, en vista que cuando la terapia Antirretroviral cumple el objetivo de detener la replicación viral dentro del organismo, se reduce la carga viral del VIH en la persona con la consecuente recuperación de su estado inmunológico que se traduce en la reducción de la manifestación de Enfermedades e Infecciones Oportunistas que son las responsables del deterioro de la salud y muerte de las Personas con VIH (ONUSIDA, 2016).

Por todo lo anteriormente expuesto, el tratamiento antirretroviral (TARV) del VIH, es una herramienta muy importante en la lucha contra el SIDA y supone un ahorro económico

social y en particular en el área de la salud, no solo porque previene enfermedades, muertes y evita nuevas infecciones, sino además la inversión en la terapia antirretroviral (TARV) reduce los costos de la Atención.

Poner fin a la epidemia de sida para el 2030 en el Marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Estrategia 90- 90- 90 de ONUSIDA.

En el año 2015 las Naciones Unidas realizaron análisis sobre el cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) en cuyo Objetivo 6 en el inciso A se establecía como Meta “Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA”, la conclusión fue que el mundo cumplió la meta relacionada con el SIDA: frenar y comenzar a reducir la epidemia de SIDA. Es además, la primera vez que se cumple y se supera un objetivo mundial de salud. Este mismo año las Naciones Unidas propuso una nueva estrategia mundial para combatir la pobreza y la desigualdad: Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) donde detener el SIDA hasta el 2030 es parte integral de la Agenda (ONUSIDA, 2015a).

Durante Junio del 2016, para poner fin a la epidemia de sida hasta el 2030, se propuso que los países han de adoptar una estrategia de acción acelerada en los próximos cinco años. Dicha estrategia se basa en dos aspectos fundamentales: que las personas que viven con VIH tengan acceso a tratamiento para el año 2020 y también el objetivo 90–90–90 para 2020". Este compromiso pretende que el 90% de las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico, que el 90% de las personas que sí lo conocen reciban tratamiento y que el 90% de las personas que ya lo reciben supriman la carga viral. Es en este punto de la Estrategia donde la ADHERENCIA juega un papel crucial y fundamental para el logro de la supresión viral para lo cual una persona debe tener un 95% de Adherencia a la terapia (ONUSIDA, 2015a).

Concepto de Adherencia:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998, definió la Adherencia al Tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito, la persistencia y tomar la medicación a lo largo del tiempo. Cada vez que la persona pierde o retrasa una dosis, el virus tiene la oportunidad de reproducirse más rápidamente, incrementando las posibilidades de mutación y de resistencia al tratamiento y el deterioro inmunológico lo que conlleva a la aparición de enfermedades e infecciones oportunistas con manejos terapéuticos hospitalarios y ambulatorios de alto costo. Esta relación entre el seguimiento estricto al medicamento prescrito y el desarrollo de virus resistentes ha hecho que la ADHERENCIA se convierta en un asunto de significativa importancia dentro del manejo de personas con VIH/SIDA (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Además en el año 2003, la misma OMS redefine el concepto de Adherencia con el aporte de los autores Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa, y Willey. Ellos plantean que la adherencia es un proceso conductual complejo determinado por la interacción de diversos factores, los cuales clasifican en tres grandes grupos: a) las conductas del proveedor de servicios (interacción y comunicación con los pacientes), b) los factores del sistema de salud (disponibilidad y accesibilidad de los servicios, apoyo para la educación de los pacientes, recolección de datos y manejo de los mismos, entrenamiento para los profesionales de la salud, entre otras, y c) los atributos de los pacientes (edad, sexo, educación, ocupación, ingreso, situación marital, raza, religión, presencia de problemas de salud mental como ansiedad y depresión, conocimientos sobre la enfermedad), finalmente características de la enfermedad en cuestión y su tratamiento, por ejemplo, crónica versus aguda. Estos autores mencionan que “la adherencia puede ser mejor entendida como el reflejo de un proceso de esfuerzos que ocurren a

través del curso de una enfermedad, para tratar de cumplir las demandas conductuales del tratamiento”

La Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (TARV) supone un ahorro económico

El inicio temprano de la TARV aumenta los beneficios tanto sanitarios como económicos. Una persona adherente a su TARV es un paciente con una enfermedad crónica que alcanza la esperanza de vida de la población general, acudirá a los servicios de salud tres a cuatro veces al año para retirar su terapia, monitoreo médico que incluya exámenes de laboratorio para medir la respuesta a su tratamiento y para vigilancia de efectos adversos.

Una persona con falta de adherencia, ya sea intermitente o abandono a la TARV, presentará tarde o temprano mutaciones virales que conlleva al desarrollo de resistencia a los medicamentos de primera línea, por lo que requerirá líneas terapéuticas de rescate de mayor costo. Así mismo presentará enfermedades e infecciones oportunistas que requerirán frecuentes hospitalizaciones, apoyo diagnóstico complejo y manejo con medicamentos de alto costo.

Por todo esto, el costo de la TARV y los esfuerzos para asegurar su sostenibilidad y la adherencia no debe considerarse un gasto sino una inversión que a mediano y largo plazo implica ahorro.

Se prevé que una ampliación rápida del tratamiento del VIH a todas las personas que viven con el virus evitará 3,3 millones de nuevas infecciones por el VIH en Sudáfrica hasta el año 2050 y ahorrará 30.000 millones de dólares estadounidenses (ONUSIDA, 2015a).

2.1.2 Análisis micro entorno

Situación epidemiológica del VIH en Honduras, 1985-Octubre 2016

En Honduras, según estimaciones epidemiológicas elaboradas por la Secretaría de Salud (SESAL) para el año 2015, la prevalencia de VIH en el país en adultos (15 a 49 años) es de 0.40%, es decir 40 de cada diez mil personas en el país vivían con el VIH. Para cierre del mismo año se estimaron 20 mil personas con VIH, y menos de 500 nuevas infecciones. La mortalidad asociada al SIDA se estimó en 1,000 defunciones (CONASIDA, 2015).

El primer caso de SIDA en Honduras, se reportó en 1985, en la ciudad de El Progreso, departamento de Yoro. A partir de ese mismo año, inició la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en Honduras, bajo la coordinación de la Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS) de la SESAL.

El Sistema Nacional de información de la UVS, desde el año 1985 hasta octubre de 2016 registra un acumulado de 34,080 casos incluyendo personas vivas y fallecidas. En la figura No. 1 se puede observar el número de casos de VIH/SIDA desglosados por sexo que se han registrado y notificado por año en los últimos cinco años.

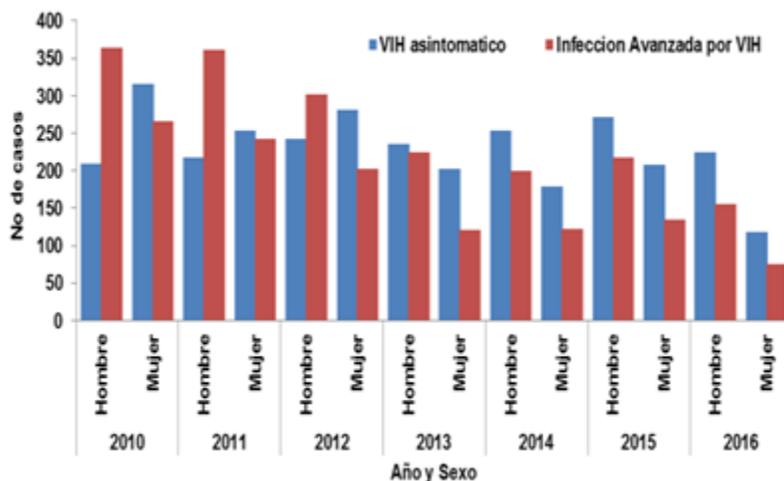


Figura 1. Casos de VIH y Casos SIDA por sexo. 2010-Octubre 2016

Fuente: (Secretaría de Salud Pública, 2015).

Los departamentos con mayor número de casos acumulados de VIH son: Cortés, Francisco Morazán, Atlántida, Yoro, Colon, Choluteca y Comayagua, y el resto con menos de 1000 casos.

El avance de la implementación de TARV a través de los años en Honduras es evidente, esto gracias al esfuerzo conjunto entre la Secretaría de Salud, la Cooperación Internacional y las mismas personas afectadas. La cobertura estimada de terapia antirretroviral es del 49% para el cierre del 2015 como lo demuestra la figura No. 2 donde el número de personas en tratamiento ha aumentado durante los últimos años. Para mediados del 2016 se cuenta con 10,757 personas en tratamiento en el país.

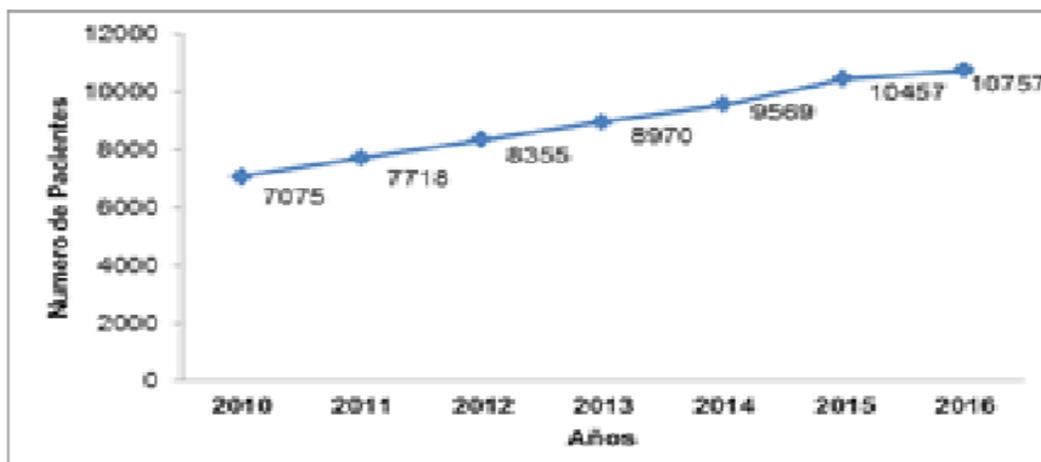


Figura 2. Personas con VIH que reciben terapia antirretroviral, 2010-junio 2016

Fuente: (Secretaria de Salud Pública, 2015).

Respuesta Estratégica Nacional al VIH

Desde 1998, para poder brindar una respuesta contundente y en sinergia a la Epidemia del VIH en Honduras, se organizaron todas las estrategias y acciones pertinentes desde el punto de vista de la Promoción, Prevención, Atención, Rehabilitación, Abogacía, Generación de Información Estratégica, entre otros identificados por diferentes sectores de gobierno, sociedad civil organizada y organizaciones no gubernamentales ONG, esta organización de la respuesta se encuentra en cuatro documentos denominados Plan Nacional de SIDA (PENSIDA) con duración de cinco años cada uno y actualmente vigente el PENSIDA IV.

Así mismo se creó la Comisión Nacional de Sida (CONASIDA) como órgano superior de coordinación intersectorial y de definición de políticas relacionadas con el VIH (colocar bibliografía PENSIDA IV)

Otra acción relevante tomada fue la creación desde la Secretaría de Salud, del Departamento de ITS/VIH/sida, quien organizó el programa, apertura de Centros de Atención Integral dirigido a las Personas con VIH y fue responsable de la coordinación de los servicios, la vigilancia epidemiológica y programación de la Terapia Antirretroviral. Además en acompañamiento a personas expertas dirigió y condujo la formulación de normas de atención, manuales y estrategias que son de consulta y referencia nacional para el manejo integral de las personas con VIH. Entre estos documentos se encuentran:

Norma Técnica de VIH.

Estrategia de abordaje integral a las ITS/VIH/sida en el marco de la Reforma del Sector Salud

Manual de atención al niño/a con VIH

Manual de atención al adolescente y adulto con VIH

Norma de atención integral a la embarazada para la Prevención de la Transmisión Vertical

Además el país ha adoptado y adaptado las estrategias que ONUSIDA promueve para la atención de la Epidemia en los países como: Estrategia Tres Unos, Estrategia Tratamiento 2.0 y Estrategia 90-90-90, entre otras.

Cascada del Continuo de la Atención en VIH

La Cascada de Atención del VIH-SIDA en Honduras (Ver Figura 3) es una estrategia de monitoreo para diagnosticar las personas infectadas, incorporarlas, retenerlas en la atención y brindarles un tratamiento efectivo, mostrando que la principal brecha permanece en el diagnóstico, ya que sólo el 51% de las personas estimadas con el VIH conocen su estado serológico. De los otros pilares de la cascada, el 47% se acerca a los servicios de atención, el 46% están en TARV y el 28% logró la supresión de su carga viral a menos de 50 copias/ml⁷ (CONASIDA, 2016).



Figura 3. Cascada del Continuo de la Atención en VIH. Honduras. 2015

Fuente: (Secretaria de Salud Pública, 2015).

Esquemas de tratamiento en adultos y adolescentes con VIH

Uno de los factores que más influyen negativamente para la falta de adherencia a la TARV era la cantidad de tabletas/comprimidos que debían tomarse las personas en 24 horas. A inicios de la dispensación de la TARV una persona podía tomar entre 6-12 tabletas/comprimidos en el día. Conforme ha ido evolucionando la TARV en Honduras, la presentación y la cantidad de medicamentos se fue reduciendo. Hasta el año 2015 se consideraba como primera línea el Esquema convencional Zidovudina (AZT)+ Lamivudina (3TC) en dosis de dos tabletas al día y Efavirenz (EFV) dosis única por la noche, habiéndose reducida la toma a tres tabletas al día. Este esquema era tomado por aproximadamente el 90% de la personas en TARV. Con el advenimiento de la Estrategia 90 90 90, el país tomó la decisión de indicar como terapia de primera Línea, el esquema preferente, Tenofovir (TNF) + Emtricitabina (FTC)+ Efavirenz en la presentación de tableta de dosis única, para favorecer la adherencia a la TARV. Desde julio del 2016 se está llevando a cabo de manera gradual y programada la migración de esquema convencional a la terapia preferente de dosis única.

Cuando un paciente desarrolla falla terapéutica a los esquemas de primera línea de tratamiento se debe utilizar TARV de Rescate, lo que incrementa los costos de manera significativa. Una esquema de primera línea tiene un costo aproximado anual de cinco mil lempiras (Lps. 5,000) mientras que una terapia de rescate, tiene un costo de trescientos setenta y tres mil doscientos veinte y tres lempiras, con cincuenta y dos centavos (Lps. 373, 223.52) . La causa principal de falla terapéuticas son mutaciones en el virus producido por falta de adherencia (Dirección Médica, programa de VIH, 2015).

Gastos en Atención y tratamiento de acuerdo a la Medición nacional del Gasto en Sida (MEGAS)

Cada dos años en Honduras y otros países de la Región se hace el ejercicio de recolectar información sobre los costos de la respuesta nacional a la Epidemia del VIH/SIDA para ello se utiliza la herramienta financiera facilitada por ONUSIDA denominada MEGAS. El último informe del MEGAS se publicó en el año 2016 con la información consolidada de cada institución que provee servicios para la atención del VIH en las áreas de Prevención, Atención y Rehabilitación. La clasificación de la Información es de acuerdo a gastos de Instituciones Públicas, Privadas y Cooperación Externa (ONUSIDA, 2015b).

La cooperación externa está conformada por los fondos de donación de diferentes organismos internacionales que pueden canalizar su financiamiento a través de Organismos No Gubernamentales (ONG) o directamente con las Instituciones Públicas. Las Instituciones Privadas están conformadas por las organizaciones con fines de lucro (Hospitales, Clínicas de Servicios, otros) que representan una inversión de una sociedad o de un comerciante individual que genera costos de bolsillo para la población atendida; y las organizaciones sin fines de lucro o subsidiadas (ONG).

Las Instituciones Públicas son las que el Estado organiza para brindar una respuesta en salud a la población y está representada por la inversión en los establecimientos que prestan servicios de la Secretaría de Salud y Seguro Social. El Hospital Escuela Universitario aunque debería de formar parte de las Instituciones Públicas como una entidad híbrida porque depende del Estado y de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), los datos que ha

logrado proporcionar, lo reporta en sus cifras la Secretaría de Salud (SESAL) porque es tomado en cuenta como un establecimiento más de esta Secretaría.

En el Informe MEGAS 2014, se estableció que el gasto en atención y tratamiento de los Servicios de atención ambulatoria fue de treinta y tres millones ochocientos treinta y cuatro mil cuatrocientos dos lempiras (Lps. 33, 834,402.00) incluye terapia antirretroviral de primera línea de adultos y manejo y profilaxis primaria y secundaria de infecciones oportunistas. En esta cifra se refleja el costo de las personas con VIH que requieren servicios ambulatorios y se encuentran con apego (adherencia) a su tratamiento. Este mismo año el costo hospitalario de los pacientes que requirieron ingreso a salas de atención fue de veinticuatro millones novecientos ochenta y tres mil novecientos treinta y cinco lempiras (Lps. 24,983,935). Esta cifra refleja el costo del manejo intrahospitalario de infecciones oportunistas y el de la terapia de rescate consecuente a falla terapéutica secundaria a falta de adherencia. (Dirección Médica, programa de VIH, 2015).

Esto se vuelve relevante en el contexto nacional porque en el área ambulatoria es donde se atiende al mayor número de personas con VIH y en el área hospitalaria es menor el porcentaje de población ingresada pero con hospitalizaciones recurrentes, que requieren manejo de alto costo. La diferencia en cuanto a costos que se observa en ambos niveles de atención refleja esta problemática.

2.1.3 Análisis interno

El Hospital Escuela (HE) abrió sus puertas al público un primero de mayo de 1960 con 210 camas en área de hospitalización y salas de atención Materno Infantil: Medicina, Nutrición, Lactantes, Cirugía y Observación; así como los servicios de Emergencia, Consulta Externa, Odontología, Farmacia, Esterilización Central, Rayos X, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre,

Alimentación, Dietética y Servicios Administrativos. La cobertura de atención del Hospital Materno Infantil se amplió a partir de enero de 1970 con la apertura de las salas de gineco-obstetricia, Prematuros y Terapia Intensiva. En noviembre de 1972 fue firmado un contrato de préstamo y convenio de asistencia técnica entre el Gobierno de la República de Honduras y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el cual fue aprobado por el Poder Ejecutivo para la construcción, equipamiento y programas de asistencia social del Bloque Médico Quirúrgico. En noviembre de 1978 fue inaugurado el Bloque Médico Quirúrgico abriendo sus puertas al público el 19 de mayo de 1979 surgiendo así el complejo Hospital Escuela al fusionarse con el Bloque Materno Infantil (EQUIPO DE CONDUCCION Y GERENCIA, 2014).

El Hospital Escuela fue en su proceso de fundación, un proyecto cuyas bases y directrices en su planificación, ejecución y administración, fueron concebidas y establecidas exclusivamente mediante un Convenio suscrito el 9 de agosto de 1978 por la UNAH y en ese entonces el Ministerio de Salud Pública, actualmente SESAL (EQUIPO DE CONDUCCION Y GERENCIA, 2014).

Por virtud exclusiva de este convenio la UNAH es a la que se le asignó la Administración y Funcionamiento del Hospital Escuela que nace y conserva su naturaleza de ser un Hospital Universitario como un centro de docencia en la rama de la salud llenando a su vez una finalidad asistencial en la salud del pueblo hondureño.

Misión y Visión del HEU

Misión: Somos un Hospital público, de referencia nacional, de tercer nivel, que presta servicio de atención integrada y de especialidades, comprometido en la formación de los recursos

humanos y el desarrollo de la investigación científica, para contribuir a la solución de la problemática de salud del país (EQUIPO DE CONDUCCION Y GERENCIA, 2014).

Visión: Ser un Hospital Universitario, líder en la prestación de servicios de salud especializados de calidad y calidez, a la vanguardia del desarrollo del talento humano de alta competitividad, dentro de un ambiente colaborativo y de integralidad (EQUIPO DE CONDUCCION Y GERENCIA, 2014).

Servicios que presta el Hospital Escuela Universitario

El Hospital Escuela Universitario (HEU) actualmente está compuesto por dos bloques: el Bloque Médico Quirúrgico para la atención a los pacientes adultos en las diferentes especialidades y el Bloque Materno Infantil para la atención a problemas de salud propias de la mujer, embarazadas y los pacientes pediátricos en sus diferentes especialidades. El complejo del HEU ofrece además Servicios de Emergencia con cobertura las 24 horas, durante los 365 días del año ininterrumpidamente (EQUIPO DE CONDUCCION Y GERENCIA, 2014).

La atención que se brinda en el HEU es en los niveles ambulatorio e intrahospitalario.

En el nivel Ambulatorio se encuentra las consultas externas de pediatría, gineco-obstétrica, medicina interna, cirugía, neurocirugía, ortopedia y odontología. Cada Servicio con sus subespecialidades, en el caso de la consulta externa de Medicina Interna se encuentra el Servicio de Infectología que funciona en el Centro de Atención CAI donde se brinda seguimiento y control a las personas con VIH (EQUIPO DE CONDUCCION Y GERENCIA, 2014).

De acuerdo a los datos oficiales establecidos en el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2014-2018 del HEU, se proyectó que para el año 2016 el costo de la atención de consulta externa en el Servicio de Medicina Interna sea de ochocientos cuarenta y nueve con noventa y tres centavos (Lps. 849.93), que incluye admisión, archivo, atención de enfermería en preclínica y atención médica.

En el nivel Hospitalario (Internamiento) se encuentran organizadas salas del Bloque Materno Infantil y del Bloque Médico Quirúrgica, haciendo un total de 48 salas de Hospitalización: 6 especialidades básicas y 55 sub-especialidades con 950 camas censables. Las Salas de Medicina Interna tienen un total de 202 camas censables distribuidos en 6 salas de hospitalización. El total de camas destinadas para la atención intrahospitalaria de pacientes de Infectología es de 24, con un porcentaje de ocupación general del 85% y días promedio de estancia hospitalaria de 7.23 días.

De acuerdo a los datos oficiales establecidos en el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 del HEU, se proyectó para el año 2016 el costo día/cama en salas de Medicina Interna es de aproximadamente dos mil seiscientos veinticinco con catorce centavos Lps. 2,625.14, que incluye costos de hostelería (alimentación, agua, luz, cama, aseo, mantenimiento, insumos e infraestructura) y costos relacionados con el personal de la sala, tanto de enfermería y el médico especialista.

El total de los **costos de atención hospitalaria** además de incluir los *costos fijos* contenidos en el costo día/cama identificado en el PEI incluye *costos variables*: medicamentos que requieren el paciente, interconsultas a otras especialidades y/o subespecialidades, exámenes de laboratorio, exámenes de imagen y radiología. .

La respuesta en salud a la Epidemia del VIH dentro del Contexto del HEU

En el PEI 2014-2018 del HEU se identificó seis objetivos estratégicos, dentro de los cuales el número cuatro es **Mejorar el control de enfermedades infecciosas priorizadas** definiendo las siguientes estrategias:

- 1 Brindar atención integral a los pacientes con Tuberculosis y VIH-SIDA.
- 2 Intervención oportuna en el diagnóstico y manejo de los pacientes con TB Y VIH-SIDA.
- 3 Plan de capacitación permanente en el abordaje diagnóstico y terapéutico de los pacientes con Tuberculosis y VIH-SIDA.
- 4 Coordinación permanente con el Programa de Control y Prevención de Tuberculosis y el Centro de Atención Integral de VIH-SIDA del Hospital

Es importante señalar que el abordaje a la Epidemia del VIH constituye una prioridad de salud para el HEU porque además de representar una enfermedad de vigilancia epidemiológica priorizada por el país por su alta prevalencia, es una enfermedad catastrófica porque su atención requiere de servicios de alto costo, sino es diagnosticada y tratada oportunamente (EQUIPO DE CONDUCCION Y GERENCIA, 2014).

Para mejorar la toma de decisiones en este tipo de temática, se debe contar con información estratégica que apoye a la gerencia en dicho proceso, el mismo PEI identifica y a su vez reconoce la carencia de la información contable sistematizada y oportuna: “Se debe tomar en cuenta que actualmente hay valiosos avances en el tema de la información en salud al interior de los servicios que fortalecen el análisis de los indicadores de producción que permite evidenciar la debilidad en sistema de información que afecta la acertada toma de decisiones para la eficiencia y eficacia de los servicios, así como la debilidad en el área administrativa por la ausencia de

procesos de contabilidad analítica y patrimonial” (EQUIPO DE CONDUCCION Y GERENCIA, 2014).

Responsables de la Información Estratégica en HEU

De acuerdo al **PEI 2014-2018 del HEU**, la Unidad de Gestión de la Información (UGI) y la Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión (UPEG-HEU) deben ejecutar las funciones de monitoria y evaluación de forma integral de la gestión estratégica y operativa con el apoyo y la participación de los diferentes departamentos y unidades del HEU.

La Unidad de Gestión de la Información (UGI) es una instancia de carácter permanente, con dependencia jurídica y administrativa de la Dirección General del HEU, que tiene como objetivo apoyar la toma de decisiones gerenciales, a través de la gestión de la información alimentado por datos e indicadores generados en la instancia intermedia y servicios finales.

La Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión (UPEG) HEU es la instancia del Director General del HEU, técnica-asesora, para la planificación estratégica, operativa, el monitoreo, la evaluación y gestión, que tiene como objetivo el contribuir a la implementación y desarrollo de la Políticas de la salud de la institución, mediante la conducción del proceso de formulación de planes y proyectos de las distintas dependencias del Hospital que permitan su cumplimiento. Con una visión de ser la unidad que facilita, a través de la planificación estratégica, operativa, el monitoreo, la gestión y la evaluación de resultados, la articulación de todas las dependencias del Hospital y su vinculación con otras dependencias del estado como también con organizaciones nacionales e internacionales para elevar efectivamente el nivel de

salud de la población atendida con equidad y eficiencia (EQUIPO DE CONDUCCION Y GERENCIA, 2014).

Para la construcción del presente capítulo existió acercamiento a estas dos unidades para solicitar información relacionada con estadística hospitalaria (ingresos, egresos, porcentaje de ocupación, días camas) e información contable, entre otros. Sin embargo la información no estaba clasificada y no se brindó la información requerida en tiempo y forma.

2.2 Teorías de sustento

Investigación Traslacional (IT)

También definida como traducción del conocimiento (translational knowledge), diseminación del conocimiento o transferencia del conocimiento (knowledge transfer), la IT ha sido definida originalmente como aquella investigación aplicada y comprensiva que pretende traducir el conocimiento científico disponible para hacerlo útil a la población. El Center for Disease Control and Prevention (CDC) por su parte, la ha definido como aquella investigación que se preocupa de institucionalizar intervenciones de salud pública que han probado ser eficaces, de acuerdo con la evidencia científica. De esta forma, pretende maximizar los beneficios en salud asociados a la inversión realizada en investigación (ej. costos y riesgos asociados a estudios en humanos), por medio de la entrega efectiva de cuidados de salud a toda la población (Báltica Cabieses & Manuel A. Espinoza, 2011).

La IT y su aporte para la toma de decisiones en políticas de salud.

Una perspectiva de especial interés para los autores corresponde a la aplicación de IT en la toma de decisiones de políticas sanitarias. En acuerdo con Acheson, la ciencia en salud pública

pretende desarrollar acciones efectivas basadas en factores que determinan la salud y la enfermedad, para el cambio de conductas a nivel individual, familiar, comunitario y social. Es así como la mirada de salud pública es esencial para la comprensión de la causalidad multifactorial de las enfermedades, que a su vez permite identificar estrategias amplias (no solo clínicas) para incrementar el bienestar de la población (Báltica Cabieses & Manuel A. Espinoza, 2011).

Adicionalmente, la investigación sanitaria realizada está focalizada en aumentar los beneficios en la salud del individuo e implícitamente asume que su implementación generará mayor salud en toda la población. Un epidemiólogo podría acusar que este supuesto incurre en falacia atomística (esto es, inferir resultados de una población a partir de datos individuales solamente, excluyendo datos de niveles más amplios como geográficos, medioambientales, sociales e incluso históricos), pues nada asegura que una intervención probada efectiva en un subgrupo de la población (pacientes con una determinada enfermedad) aumente la salud global de la población. Para poder explicar este concepto es necesario hacer mención al argumento económico de costo oportunidad de las decisiones en salud poblacional. El costo oportunidad se refiere a los beneficios que se hubiesen obtenido si es que los recursos se hubiesen destinado a cursos alternativos de acción (Báltica Cabieses & Manuel A. Espinoza, 2011).

En efecto, se reconoce hoy que la decisión de adoptar intervenciones en un subgrupo de la población puede ser deletérea para otro grupo de la misma población. Así, la decisión de adoptar una intervención A que beneficiará a un subgrupo de un país, implica que necesariamente se deja de adoptar la intervención B o C que beneficiará a otro subgrupo en la misma población, dado un presupuesto en salud fijo. Esto ocurre cuando las decisiones no consideran criterios de costo-efectividad de las políticas o intervenciones.

No obstante, existen dos preguntas críticas en torno a este principio: qué investigación en salud pública requiere ser transferida y cómo debe realizarse esa transferencia para que resulte efectiva. En respuesta, los mismos autores plantearon un modelo de IT para salud pública. Su meta fue balancear la necesidad de desarrollar un modelo conceptual que fuera suficientemente simple como para aplicarlo (y evaluarlo) en la realidad, con uno que incorporara los elementos de complejidad inherentes a la investigación en salud pública e IT.

Obstáculos y desafíos de la IT para la toma de decisiones en políticas de salud.

Si bien se reconoce el creciente interés internacional, la IT hoy en día enfrenta importantes desafíos. El primero de ellos es la necesidad de avanzar en su definición conceptual y, en algunos casos, la poca división entre sus distintas etapas, en especial. En segundo lugar, dado el amplio potencial alcance de este modelo de investigación, existe cierto debate en torno a quienes deben financiar este tipo de investigación en un país y cuánto dinero se le debe entregar.

En este sentido, si bien diversos países han explicitado su interés en desarrollar un enfoque de IT en salud pública, este desarrollo ha sido limitado y desbalanceado. (Báltica Cabieses & Manuel A. Espinoza, 2011).

En tercer lugar, tanto en el modelo general de IT como su versión para salud pública, existe un amplio campo de estudio para su comprobación empírica. Al menos cuatro aspectos han sido identificados que requieren mayor trabajo: (a) describir mejor cada uno de los componentes del modelo y sus interacciones con otros componentes, (b) fortalecer estrategias de síntesis de evidencia de diversa naturaleza y fuente, (c) caracterizar los roles y procesos por medio de los cuales los componentes de un modelo de investigación traslacional se vinculan y operacionalizan, y (d) reflexionar y debatir acerca de qué tipo de investigación debe ser

mejorado o aumentado para el logro de un máximo impacto traslacional en cada contexto sociocultural, político, de salud y ambiental particular.

Modelo gerencial Justo a Tiempo

Una definición de Justo a Tiempo es producir los elementos que se necesitan, en las cantidades que se necesitan, en el momento en que se necesitan. Esta técnica se ha considerado como una herramienta de mucha ayuda para todo tipo de empresa, ya que su filosofía está definitivamente muy orientada al mejoramiento continuo, a través de la eficiencia en cada una de los elementos que constituyen el sistema de empresa, (proveedores, proceso productivo, personal y clientes). La filosofía del "justo a tiempo" se fundamenta principalmente en la reducción del desperdicio y por supuesto en la calidad de los productos o servicios, a través de un profundo compromiso de todos y cada uno de los integrantes de la organización así como una fuerte orientación a sus tareas (involucramiento en el trabajo), que de una u otra forma se va a derivar en una mayor productividad, menores costos, calidad, mayor satisfacción del cliente, entre algunas de las aplicaciones del Justo a Tiempo se pueden mencionar: los inventarios reducidos, el mejoramiento en el control de calidad, fiabilidad del producto, el aprovechamiento del personal, entre otras (LEE J. KRAJEWSKI, LARRY P. RITZMAN, & MANOJ K. MALHOTRA, 2008).

La producción Justo a Tiempo es simultáneamente una filosofía y un sistema integrado de gestión de la producción, que evolucionó lentamente a través de un proceso de prueba y error a lo largo de un período de más de quince años. En las fábricas japonesas se estableció un ambiente adecuado para esta evolución desde el momento en que dio a sus empleados la orden de que “eliminaran el desperdicio”.

El desperdicio puede definirse como "cualquier cosa distinta de la cantidad mínima de equipamiento, materiales, partes, espacio y tiempo, que sea absolutamente esencial para añadir valor al producto (LEE J. KRAJEWSKI et al., 2008).

2.3 Conceptualización

- ADHERENCIA: se define este término como el acto, acción o cualidad de ser consistente con la administración de los medicamentos prescritos. Implica una participación activa de la persona en escoger y mantener el régimen prescrito (Bu, 2013).
- TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV): son medicamentos que tratan al VIH. Los medicamentos ni matan ni curan al virus, pero cuando tomado en combinación, pueden prevenir la reproducción del virus. A veces se llaman ARV. Se refiere a la terapia antirretroviral combinada como TARGA, de Gran Actividad (Bu, 2013).
- EPIDEMIA: Se puede definir como un exceso en el número de casos de un problema de salud dado, en una población, un período y un lugar en particular (Dr. Avilio Méndez Flores, 2010).
- ESTADO SEROLÓGICO: Estado en el cual una persona tiene o no tiene anticuerpos detectables contra un antígeno específico, medidos con un análisis de sangre (prueba serológica) (Infosida, 2017).
- INFECCIÓN OPORTUNISTA: Las infecciones oportunistas (IO) son infecciones que ocurren con más frecuencia o son más graves en personas con debilidad del sistema

inmunitario en comparación con quienes tienen un sistema inmunitario sano (Infosida, 2016).

- TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL: Los medicamentos para el VIH, o fármacos ARV, que se utilizan para el tratamiento del virus del VIH, no son capaces de curar la enfermedad, aunque pueden evitar que el virus se reproduzca o haga copias de sí mismo (Bu, 2013).
- TERAPIA DE RESCATE: La definición de tratamiento de rescate se aplica a aquel que se indica para tratar una enfermedad en la cual se considera que ha fallado un tratamiento previo (Bu, 2013).
- TERAPIA DE PRIMERA LÍNEA: Tratamiento aceptado como el mejor para el tratamiento inicial de una afección o enfermedad. Los regímenes de tratamiento de primera línea recomendados para el VIH incluyen medicamentos antirretrovirales (ARV) que son inocuos, eficaces y prácticos para la mayoría de las personas infectadas por ese virus que nunca han recibido antirretrovirales (Bu, 2013).
- COSTOS FIJOS Son aquellos que en su magnitud permanecen constantes o casi constantes, independientemente de las fluctuaciones en los volúmenes de producción y/o venta (ENCICLOPEDIA FINANCIERA, 2013). El costo día/cama se considera un costo fijo.
- COSTOS VARIABLES: Son aquellos que tienden a fluctuar en proporción al volumen total de la producción, de venta de artículos o la prestación de un servicio, se incurren debido a la actividad de la empresa (ENCICLOPEDIA FINANCIERA, 2013).

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

El diseño metodológico que se llevó a cabo, tenía como propósito definir el proceso para la investigación y así obtener la información requerida y de esta forma contestar las preguntas de investigación.

3.1. Congruencia metodológica

Tabla 4. Matriz Metodológica.

Tema	Problema	Preguntas de Investigación	Objetivo General	Objetivos Específico	Variables independientes	Variables Dependiente
Estimación del costo por falta de adherencia de las personas con VIH del hospital escuela universitario	Desconocimiento del costo de la atención hospitalaria por la falta de adherencia a la TARV de los pacientes con VIH que acuden al CAI del Hospital Escuela Universitario	¿Cuál es el costo que generó al Hospital Escuela Universitario la falta de adherencia a la Terapia Antirretroviral de los pacientes adscritos al Centro de Atención Integral que requirieron hospitalización en el período de mayo a Diciembre del 2016?	Estimar el costo de la atención hospitalaria de los pacientes ingresados en la salas de medicina interna del HEU por falta de adherencia a la TARV.	Identificar las características sociodemográficas y clínicas de las personas hospitalizadas a consecuencia de la falta de adherencia de la TARV.	<u>Variables sociodemográficas:</u> Sexo, edad, Raza, Escolaridad ocupación, Estado civil, Procedencia. <u>Variables Clínicas:</u> factor de riesgo asociadas al VIH, tipo de falta de adherencia, antecedentes de profilaxis primaria y secundaria, causas de hospitalización, exámenes de laboratorio, e imágenes y citodiagnóstico , interconsultas , TARV, medicamentos para infecciones oportunistas, otros medicamentos, condición de egreso.	Costo de la Atención Hospitalaria
		¿Cuáles son los factores que influyen en la falta de adherencia a la terapia antirretroviral Escuela Universitario?		Analizar los factores que afectan la adherencia en los pacientes objetos de estudio.	Factores relacionados a la Falta de Adherencia	
		¿Cuál sería la alternativa viable para reducir la falta de adherencia y evitar costo de hospitalización para el HEU?		Definir la alternativa viable para mejorar la adherencia y reducir los costos de atención hospitalaria en las personas con VIH	Alternativa para mejorar la adherencia y reducir costos de Hospitalización	
				Proponer la implementación de un plan de mejora a la adherencia para los pacientes con VIH que acuden al CAI del Hospital Escuela Universitario.	Frecuencia de exámenes y medicamentos	
					Costo de exámenes y medicamentos	

3.1.1. Variables de investigación

La variable Dependiente del estudio:

Costo de atención hospitalaria

Las variables Independientes de la investigación son las siguientes:

- Sociodemográficas

Sexo, Ocupación, Edad, Raza, Procedencia, Estado Civil, Factores de riesgo de VIH

- Datos Clínicos

Causa de Hospitalización, Frecuencia y precio de: Exámenes de Laboratorio, Exámenes de Imágenes, Interconsultas, Medicamentos.

- Factores relacionados a la Falta de Adherencia

Factores de la persona, Factores de los medicamentos, Factores del sistema de salud.

- Alternativa para mejorar la adherencia

Factores que favorecen una buena adherencia, intervenciones para mejorar la adherencia.

- Frecuencia de exámenes y dosis de medicamentos

Exámenes de laboratorio clínico, exámenes de radiología e imagen, cantidad y dosis de medicamentos.

- Costo de exámenes y medicamentos

Exámenes de laboratorio clínico, exámenes de radiología e imagen, cantidad y dosis de medicamentos.



Figura 4. Diagrama de variables

3.1.2. Operacionalización de variables

Tabla 5. Matriz Operacionalización de Variables

No	Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Dimensión	Indicador	ITEM	Categorías	Escala
1	Sociodemográficas	Son las características de la población que la identifica por edad, sexo, raza, estado civil, escolaridad, procedencia, ocupación, factores de riesgo de VIH	Datos generales del paciente contenidos en la historia clínica que lo identifican como un individuo inmerso dentro de la población	Edad	Rango de edad	¿Cuál es su edad?	Años	1
				Sexo	Numero de Hombre y mujer	¿Cuál es su Sexo?	Femenino, Masculino	1 2
				Escolaridad	Nivel de Escolaridad	¿Cuál es su Nivel de escolaridad ?	Analfabeta, Primaria, Secundaria, Nivel técnico, Universitario	1 2 3 4 5
				Estado Civil		¿Cual es su estado civil?	soltero, casado, unión libre	1 2 3
				Procedencia		¿Cuál es su lugar de Procedencia ?	Rural, Urbano	1 2
				Ocupación		¿A qué se dedica?	Desempleado, trabajo formal, informal, ama de casa, estudiante, otros	1 2 3 4 5 6
				Orientación Sexual		¿Cuál es su orientación sexual?	Heterosexual, bisexual, homosexual	1 2 3

Continuación....

Tabla 5. Matriz Operacionalizacion de Variables

NO	Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Dimensión	Indicador	Item	Categorías	Escala	
2	Datos Clínicos	Es la información relativa al estado de salud del paciente, su diagnóstico y manejo.	Son los datos consignados en el Expediente Clínico que contextualizan la situación de salud del paciente estableciendo el Diagnóstico y las prescripciones médicas.	Antecedentes de profilaxis	Número de pacientes con profilaxis	¿Qué profilaxis ha tomado?	Primaria, Secundaria	1 2	
				Causas de hospitalización	No. pacientes con la misma causa de hospitalización	¿Cuál fue la causa de hospitalización?	Infección oportunistas, diabetes, hipertensión, otros	1 2 3 4	
				Exámenes de laboratorio		¿Qué exámenes de laboratorios se hicieron?	Hemograma, química completa, cultivo gran, otros	1 2 3 4 5	
				Exámenes de imágenes		¿Qué exámenes de imagen se hicieron?	ultrasonidos, rayos x, tomografías, otros	1 2 3 4	
				Exámenes de citodiagnóstico		¿Qué exámenes de cito diagnóstico se hicieron?	citología, biopsia, medula ósea	1 2 3	
				Interconsultas		No. de interconsultas	¿Qué interconsultas necesito?	Neurología, Hematología, Dermatología, Terapia de rehabilitación	1 2 3 4 5
				Terapia antirretroviral		No de pacientes en TARV	¿Cuál es su esquema de TARV?	AZT+3TC+EFAV, AZT+3TC+ALUVIA, EFT+TNF+EFAV, 3TC+ABC+TNF, EFT+TNF+ALUVIA, OTROS	1 2 3 4 5 6

Continuación....

Tabla 5. Matriz Operacionalización de Variables

NO	Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Dimensión	Indicador	Item	Categorías	Escala
2	Datos Clínicos	Es la información relativa al estado de salud del paciente, su diagnóstico y manejo.	Son los datos consignados en el Expediente Clínico que contextualizan la situación de salud del paciente estableciendo el Diagnóstico y las prescripciones médicas.	Medicamentos para infecciones oportunistas	No. De pacientes que la causa de hospitalización fue una infección oportunista.	¿Qué medicamentos para infecciones oportunistas necesito?	Fluconazol 200 mg, Isoniazida 300 mg, Sulfadiazina 500mg, Pirimetamina 25mg, Itraconazol 100mg, Anfotericina b 50mg, Azitromicina 500 mg, TMS 960 mg, otros	1 2 3 4 5 6 7 8 9
				Otros medicamentos		¿Qué otros medicamentos necesito?	Metoclopramida, Ranitidina, Tramadol, Manitol, Fluconazol, Dexametazona, otros	1 2 3 4 5 6 7
				No de días hospitalarios		¿Cuántos días estuvo hospitalizado?	Días	1
				Condición al salir	No. de pacientes fallecidos en la hospitalización	¿Cuál fue el estado al salir?	Vivo, Muerto	1 2

Continuación....

Tabla 5. Matriz Operacionalización de Variables

No	Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Dimensión	Indicador	Item	Categorías	Escala
3	Factores Relacionados a la falta de Adherencia	Son las determinantes que pueden potenciar negativa o positivamente la actitud y aptitud de la persona en relación a la terapia Antirretroviral.	Es la información relacionada con la actitud y aptitud del paciente hacia la terapia Antirretroviral y consignada en expediente clínico, evaluación psicológica y estudio socioeconómico.	Relacionados con la persona:	No. De pacientes que abandona la terapia por factores relacionado con la persona.	¿Utilizo drogas o alcohol?, ¿presento problemas psicosociales o cognitivos?	drogas, alcohol, problemas psicosociales, problemas cognitivos	1 2 3
				Relacionados con Medicamentos	No. De pacientes que abandona la terapia por factores relacionado con el medicamento	¿Cuántas tabletas tomo al día?, ¿Cuál es la dosis de su medicamento?, ¿Qué efectos adversos presento?	Numero de medicamentos, dosis, efectos adversos.	1 2 3
				Relacionados con el Sistema de salud	No. De pacientes que abandona la terapia por factores relacionado al sistema de salud	¿Tiene fácil acceso al centro?, ¿encuentra los medicamentos completos en cada consulta?	si/no, si/no	1 2
4	Alternativa para mejorar la adherencia	Obtener un porcentaje de adherencia de 90-95	Estrategias para mejorar la adherencia.	Factores que favorecen una buena adherencia, intervenciones para mejorar la adherencia.	No. De pacientes que lograron mejorar la adherencia	¿Qué acciones se deben tomar para mejorar la adherencia de los pacientes?	Apoyo familiar, social, sentirse cómodo con el medicamento, enfatizar en la consecuencia de la falta de adherencia	1 2 3

Continuación....

Tabla 5. Matriz Operacionalizacion de Variables

NO	Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Dimensión	Indicador	Ítem	Categorías	Escala
5	Frecuencia de Exámenes y dosis de Medicamentos	Examen determina un diagnóstico, planifican un tratamiento, vigilan la enfermedad en el transcurso del tiempo. Medicamento: sustancia que sirve para curar prevenir una enfermedad, para reducir sus efectos sobre el organismo	No. De exámenes y medicamentos que se requirieron	Signos, síntomas y causas de Hospitalización	No. De exámenes de laboratorio que necesito, No. De medicamentos que necesito	¿Cuál fue la frecuencia de cada examen?, ¿Cuál fue la frecuencia de los medicamentos?	Numero	1
6	Costo de Exámenes y Medicamentos	Examen determina un diagnóstico, planifican un tratamiento, vigilan la enfermedad en el transcurso del tiempo. Medicamento: sustancia que sirve para curar prevenir una enfermedad, para reducir sus efectos sobre el organismo	Valor de cada prueba de laboratorio, como también de medicamentos	Signos, síntomas y causas de Hospitalización	costo de exámenes que se solicitaron y costo de medicamentos	¿Qué costo tiene los exámenes y medicamentos?	Lempiras	1

Continuación....

Tabla 5. Matriz Operacionalización de Variables

NO	Variable Dependiente	Definición Conceptual	Definición Operativa	Dimensión	Indicador	Item	Categorías	Escala
1	Costo de Atención Hospitalaria	Es la inversión de dinero que una persona o negocio realiza, con el objetivo de producir un producto y/o prestar un servicio	Costos variables y fijos que invierte el HEU para brindar atención Hospitalaria	Costo	Aplicación de costos a la atención hospitalaria	¿Cuenta con un plan de costo de hospitalización?	sí, no	1 2

3.1.3. Hipótesis

A menor adherencia a la TARV mayor costo de la atención hospitalaria.

3.2. Enfoque y métodos

El enfoque que se dio a esta investigación es de tipo mixto predominantemente cuantitativo para la recolección de datos y realización de la medición a través de un análisis estadístico.

Enfoque Mixto

La investigación de Enfoque mixto es el complemento natural de la investigación tradicional cualitativa y cuantitativa. Los Enfoques de la investigación mixta ofrecen una gran

promesa para la práctica de la investigación. La investigación de enfoques mixtos es formalmente definida aquí como la búsqueda donde el investigador mezcla o combina métodos cuantitativos y cualitativos, la meta de la investigación mixta no es remplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales (Johnson & Onwuegbuzie, 2004).

Método hipotético deductivo

El método hipotético – deductivo, se basa en la formulación de hipótesis (fundamental, derivada, teórica, empírica) que debe ser contrastada, es decir, puesta a prueba mediante su confrontación con la experiencia, lo cual es un requisito fundamental e ineludible en toda ciencia fáctica. En estos casos se recurre a las ciencias formales para derivar lógicamente las consecuencias.

Para determinar si las hipótesis son verdaderas o falsas se recurren a distintos métodos: experimental, estadístico, etc. Dependiendo de los resultados obtenidos (prueba de que un enunciado es verdadero o que es falso) llegamos a la verificación, confirmación o refutación de una hipótesis (“Metodología De La Investigación”, 2006).

El método sintético

Es un proceso de razonamiento que tiende a reconstruir un todo, a partir de los elementos distinguidos por el análisis; En otras palabras debemos decir que la síntesis es un procedimiento mental que tiene como meta la comprensión cabal de la esencia de lo que ya conocemos en todas sus partes y particularidades (“Método Sintético”, 2013).

El Método Inductivo

Esta metodología se asocia originariamente a los trabajos de Francis Bacon a comienzos del siglo XVII. En términos muy generales, consiste en establecer enunciados universales ciertos a partir de la experiencia, esto es, ascender lógicamente a través del conocimiento científico, desde la observación de los fenómenos o hechos de la realidad a la ley universal que los contiene. Según este método, se admite que cada conjunto de hechos de la misma naturaleza está regido por una Ley Universal. El objetivo científico es enunciar esa Ley Universal partiendo de la observación de los hechos.

Atendiendo a su contenido, los que postulan este método de investigación distinguen varios tipos de enunciados:

- Particulares, si se refieren a un hecho concreto.
- Universales, los derivados del proceso de investigación y probados empíricamente.
- Observacionales, se refieren a un hecho evidente.

El Método Analítico

El Método analítico es aquel método de investigación que consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos. El análisis es la observación y examen de un hecho en particular. Es necesario conocer la naturaleza del fenómeno y objeto que se estudia para comprender su esencia. Este método nos permite conocer más del objeto de estudio, con lo cual se puede: explicar, hacer analogías, comprender mejor su comportamiento y establecer nuevas teorías (“Metodología De La Investigación”, 2006).

3.3. Diseño de la investigación

La investigación se desarrolló en un periodo de diez semanas consecutivas, de las cuales la primer semana se desarrolló un anteproyecto del problema a investigar, las siguientes semanas se destinaron a la recopilación, organización y análisis de la información, posteriormente se desarrolló la propuesta de implementación. La investigación es descriptiva, retrospectiva de corte transversal. La investigación se desarrolló bajo el siguiente diseño.

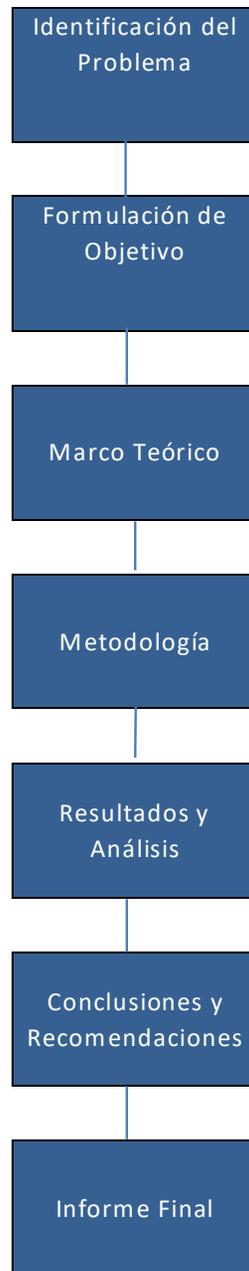


Figura 5. Diagrama de la investigación.

3.3.1. Población

El total de 80 pacientes con VIH/SIDA adultos que acudieron al Hospital Escuela Universitario, que fueron hospitalizados en las salas de medicina interna de hombres y mujeres en el periodo mayo-diciembre 2016.

Criterios de Inclusión

Pacientes hospitalizados por falta de adherencia a la TARV

Pacientes adultos mayores de 18 años

Pacientes que pertenecen al CAI y que fueron hospitalizados en las salas de medicina interna del HEU en el periodo de mayo – diciembre 2016.

Criterios de Exclusión

Pacientes que pertenecen a otros Centros de Atención Integral

Pacientes de recién diagnóstico

Pacientes hospitalizados por otras causas que no son falta de adherencia.

Pacientes hospitalizados en otras salas del HEU

3.3.2. Muestra

Al hacer el análisis de muestreo con el total de la población de 80 pacientes la muestra estadísticamente significativa fue de 66 pacientes y al aplicar los criterios de exclusión e inclusión que se determinaron para esta investigación la muestra se redujo a 20 expedientes clínicos de pacientes con VIH con falta de adherencia a la TARV, que acuden al Centro de Atención Integral del Hospital Escuela que fueron hospitalizados en la sala de medicina interna de hombre y mujeres en el periodo mayo-diciembre 2016.

3.3.3. Unidad de análisis

Los pacientes con VIH adultos que fueron hospitalizados en la sala de medicina interna de hombres y mujeres del Hospital Escuela Universitario en el periodo mayo-diciembre 2016.

3.3.4. Unidad de respuesta

La unidad de respuesta que se propuso para esta investigación es la cantidad en lempiras y porcentaje.

3.4. Instrumentos, técnicas y procedimientos aplicados

3.4.1. Instrumentos

El principal instrumento utilizado para la recopilación de información fue el cuestionario de adherencia con preguntas cerradas y abiertas, el cual fue aplicado en sus dos técnicas para recolectar datos.

El cuestionario es un conjunto de preguntas diseñadas para generar los datos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos del proyecto de investigación. El cuestionario permite estandarizar e integrar el proceso de recopilación de datos. Un diseño mal construido e inadecuado conlleva a recoger información incompleta, datos no precisos de esta manera genera información nada confiable. Por esta razón el cuestionario es en definitiva un conjunto de preguntas respecto a una o más variables que se van a medir (“Metodología De La Investigación”, 2006).

3.4.2. Técnicas

Se aplicaron Encuestas, se hicieron Entrevistas y vaciado de información a través de la Ficha de Registro.

Trespacios Gutiérrez, Vázquez Casielles, & Acebrón (2005) Afirman: las encuestas son instrumentos de investigación descriptiva que precisan identificar a priori las preguntas a realizar, las personas seleccionadas en una muestra representativa de la

población, especificar las respuestas y determinar el método empleado para recoger la información que se vaya obteniendo.

López Estrada & Deslauriers (2011) Afirman: que la Entrevista se trata de una situación cara a cara donde se da una conversación íntima de intercambio recíproco, en la cual el informante se convierte en una extensión de nuestros sentidos y asume la identidad de un miembro de su grupo social. En esta interrelación, se reconstruye la realidad de un grupo y los entrevistados son fuentes de información general

Ficha de Registro:

El fichaje es una técnica utilizada especialmente por los investigadores. Es un modo de recolectar y almacenar información. Cada ficha contiene una serie de datos extensión variable pero todos referidos a un mismo tema, lo cual le confiere unidad y valor propio (“Fichas de registro”, 2012)

3.4.3. Procedimientos

1. La Encuesta de los factores relacionados con la adherencia se realizó a los doce pacientes sobrevivientes de la muestra. La encuesta de ocho preguntas cerradas la llevó a cabo la Dra. Norma Rivera Jefe de la Farmacia del CAI a cada uno de los pacientes en su consulta ambulatoria después de su estancia hospitalaria.
2. Las Entrevistas se hicieron de forma individual a diez personas claves proveedoras de salud del CAI; quienes se enlistan a continuación:

Cargo	Nombre
Coordinador del CAI	Efrain Bu Figueroa
Lic. en Enfermería	Xiomara Ceren
Psicóloga	Isaura Herrera
Trabajadora Social	Suyapa Bueso
Médico General	Nohelia Ferrufino
Químico Farmacéutico	Vilma Flores
Odontóloga	Cinthia Sierra
Jefe de Sala Medicina Interna	Osmin Tovar
Auxiliar de Enfermería	Linda Aguilar
Medico Asistencial	Cesar Caballero

El personal de salud antes enunciado conoce la problemática desde diferentes puntos de vista, de acuerdo a su experiencia profesional en el manejo de las personas con VIH. El utilizar esta técnica enriqueció de manera significativa la investigación.

3. La Revisión de los veinte expedientes clínicos se realizó en el área de archivo del HEU haciendo uso de un vaciado de ficha de registro, la cual contenía dos bloques de preguntas dirigidas a identificar diferentes aspectos sociodemográficos y clínicos de los pacientes en estudio. Hacer uso de esta técnica fue de gran utilidad para cuantificar la frecuencia interconsultas a especialidades y subespecialidades, de exámenes de laboratorio clínico, de radiología e imagen, cantidad y dosis de medicamentos que requirió el paciente en su estancia hospitalaria.

4. La Revisión de los registros de farmacia se llevó a cabo en la Farmacia del CAI del HEU, se verificaron los registros de dispensación de medicamentos para cada uno de los pacientes en donde se encontró la fecha y cantidad de la última recogida de medicamento, ajustes de tratamiento, que tipo de falta de adherencia tenía el paciente antes de la hospitalización.

3.5 Fuentes de información

“Las fuentes de información se clasifican en primarias, secundarias y terciarias”
(Roberto Hernández Sampieri et al., 2014, p. 51).

Para la elaboración de la presente investigación se hicieron uso de dos tipos de fuentes de información: primarias y secundarias las cuales se describen a continuación.

3.5.1 Fuentes primarias

Las fuentes primarias a utilizar fueron:

1. Revisión de expediente clínico
2. Revisión de registro de farmacia

Roberto Hernández Sampieri et al., (2014) Afirman: Las referencias o fuentes primarias proporcionan datos de primera mano, pues se trata de documentos que contienen resultados de estudios como libros, monografías, tesis y disertaciones, documentos oficiales, reportes de asociaciones, trabajos presentados en conferencias o seminarios, testimonios de expertos, documentales, videocintas en diferentes formatos, foros y páginas de internet, etcétera (p. 53).

3.5.2.1 Fuentes secundarias

Las fuentes secundarias utilizadas son:

1. Sitios web.
2. Libros virtuales.

Roberto Hernández Sampieri et al., (2014) Afirman: Las fuentes de información secundaria son listas, compilaciones y resúmenes de referencias de fuentes primarias publicadas en un área de conocimiento en particular, los cuales comentan artículos, tesis, disertaciones y otros documentos especializados (p.54).

3.6 Limitantes del estudio

Para la realización de esta investigación se encontraron con las siguientes limitantes:

- Tiempo reducido para profundizar en la investigación.
- Falta de información sistematizada, actualizada y clasificada por parte de los departamentos identificados como fuentes oficiales de información del HEU. (UPEG y UGI)
- La facilitación de la información de forma oportuna no fue priorizada por la UPEG
- Finalmente la fuente de los datos relacionados a los costos requeridos, se obtuvieron del PEI 2014-2018 encontrado en la WEB y el cual está basado en una proyección de programaciones elaboradas en el año 2013.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS

En este capítulo se puntualiza de forma clara la información obtenida, relacionada con los objetivos establecidos en el estudio. Se analizaron los resultados de los instrumentos de recopilación de información, aplicando la estadística descriptiva para el análisis de cada instrumento.

4.1 Análisis estadístico

Las variables estadísticas que se utilizaron para el análisis fueron costos atención Hospitalaria de los 20 pacientes ingresados en el periodo señalado y la estancia intrahospitalaria (días/cama).

1. Días/Cama

El total de días cama de los 20 pacientes ingresados en el periodo de Mayo-Diciembre del 2016 fue de 362 días

El promedio de días intrahospitalario fue de 18.1 días

La media de días intrahospitalario fue de 19 días

La Moda de días intrahospitalario fue de 15

2. Costos de Atención Hospitalaria

El total del costo de la Atención Hospitalaria fue de Lps 1, 250,041

El promedio de costo hospitalario por paciente fue de Lps 62,502

El promedio del costo de atención hospitalaria diario fue de Lps. 3,472

3. Costos de Atención Ambulatoria

El promedio del costo de atención ambulatoria en un paciente adherente es de Lps. 107.17

4.2 Resultados de la encuesta

4.2.1 Resultados de datos Sociodemográficos

Tabla 6. Grupos Etarios, sexo y estado civil de los pacientes VIH hospitalizados

GRUPOS ETAREOS	SEXO Y ESTADO CIVIL						
	H		M		TOTAL		
	SOLTERO	CASADO/UL	SOLTERO	CASADO/UL	SOLTERO	CASADO/UL	
15-19	0	0	0	1	0	1	1
20-24	0	0	0	1	0	1	1
25-29	1	2	0	1	1	3	4
30-34	0	0	0	1	0	1	1
35-39	1	0	0	3	1	3	4
40-44	1	1	0	0	1	1	2
45-49	0	0	2	2	2	2	4
50-54	1	0	0	1	1	1	2
55-59	0	0	0	0	0	0	0
60 o más	0	0	1	0	1	0	1
TOTAL	4	3	3	10	7	13	20

El sexo con mayor frecuencia de hospitalización fue la Mujer (65% de las hospitalizaciones) 13/20. El grupo de edad más afectado fue de 25- 49 años, población en plena edad reproductiva y en la edad correspondiente a la población económicamente activa (15/20), y represento el 75% de los pacientes hospitalizados.

El 75% (15/20) de los pacientes hospitalizados con problemas de adherencia durante el periodo señalado refirieron que contaban con pareja. Cabe señalar que en la cohorte de pacientes hospitalizados por falta de Adherencia, se encuentra un adolescente y una paciente de 72 años.

Tabla 7. Escolaridad y Procedencia de los pacientes VIH hospitalizados.

ESCOLARIDAD	PROCEDENCIA		TOTAL
	URBANO	RURAL	
ANALFABETO/A			
PRIMARIA INCOMPLETA	2	1	3
PRIMARIA COMPLETA	1	1	2
SECUNDARIA INCOMPLETA	6	0	6
SECUNDARIA COMPLETA	4	3	7
UNIVERSIDAD INCOMPLETA	2	0	2
UNIVERSIDAD COMPLETA	0	0	0
TECNICO	0	0	0
TOTAL	15	5	20

EL 75% de los pacientes ingresados en el periodo de estudio son del área urbana (15/20), El grado de escolaridad más frecuente es la secundaria completa (7/20) seguida de la secundaria incompleta (6/20), El 25% (5/20) apenas término la primaria, Solamente el 1% de los pacientes en estudio alcanzo iniciar un grado académico superior (universitario) sin haberlo finalizado.

Tabla 8. Ocupación de los pacientes VIH hospitalizados

FRECUENCIA DE OCUPACION POR SEXO			
	H	M	TOTAL
DESEMPLEADO	4	3	7
ECONOMIA INFORMAL	2	3	5
OBRERO	1	0	1
AMA DE CASA	0	5	5
TRABAJADORA COMERCIAL DEL SEXO	0	1	1
ESTUDIANTE	0	1	1
TOTAL	7	13	20

El 35% (7/20) de los pacientes estaban desempleados, El 25% (5/20) trabajaban en la Economía informal de subsistencia, El 38% (5/13) de las mujeres son amas de casa, La paciente de 72 años que representa el 7% (1/13) de las mujeres era trabajadora comercial del sexo, Un 7% (1/13) de las pacientes mujeres fue estudiante.

4.2.2 Resultados de Datos Clínicos

Tabla 9. Tipo de falta de adherencia

TIPO DE FALTA DE ADHERENCIA				
	HOMBRE	MUJERES	TOTAL	%
FALLA INTERMITENTE	2	5	7	35
ABANDONO	5	8	13	65

El Abandono constituye el Tipo de falta de Adherencia que requiere mayor atención de servicios a nivel hospitalario en un 65% (13/20), La falla intermitente constituye el 35% de los casos (7/20).

Tabla 10. Causas frecuentes de Hospitalización.

CAUSAS DE HOSPITALIZACION MAS FRECUENTES			
	H	M	TOTALES
CRIPTOCOCOSIS	4	1	5
TOXOPLASMOSIS	2	2	4
SINDROME DIARREICO	0	4	4
CANDIDIASIS	1	1	2
TB PULMONAR	1	1	2
HIPOTIROIDISMO	0	2	2
CIRROSIS	0	2	2
NEUMONIA PNEUMOCISTIS J	0	1	1
MENINGITIS TUBERCULOSA	0	1	1
SINDROME DE WASTING	0	1	1
RETINITIS POR CITOMEGALOVIRUS	0	1	1
HERPES ZOSTER	0	1	1
FALLA RENAL	0	1	1
PANCITOPENIA	0	1	1
SANGRADO DIGESTIVO	0	1	1
NEUMONIA DE LA COMUNIDAD	0	1	1
INFECCION DEL TRACTO URINARIO	0	1	1
SINDROME PILORICO	0	1	1
VAGINOSIS	0	1	1
PIELONEFRITIS AGUDA	0	1	1
TOTAL	8	26	34

Los diagnósticos frecuentes de hospitalización fueron infecciones oportunistas como criptococosis cerebral, toxoplasmosis, síndrome diarreico y tuberculosis (pulmonar y meníngea) en el 60% de los casos (12/20), Un hallazgo importante fueron los diagnósticos metabólicos secundarios a la infección del VIH, como son cirrosis, hipotiroidismo, lesiones renales y el Síndrome de Desgaste (7/20) en un 35% de los casos.

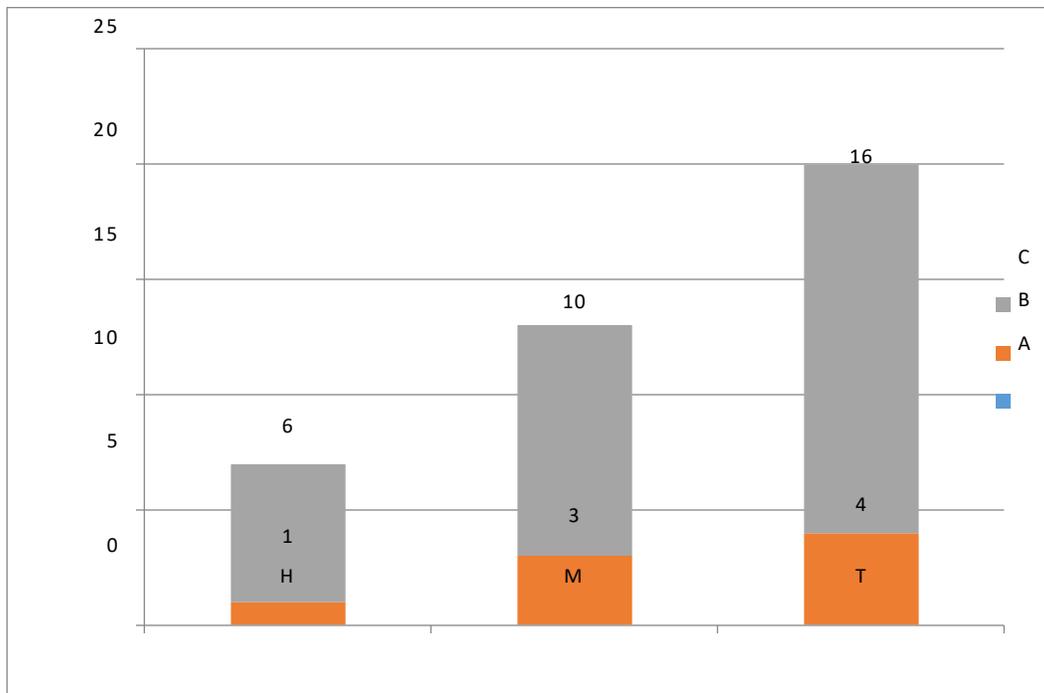


Figura 6. Clasificación del VIH de acuerdo a las Categorías del CDC

El hallazgo de mayor relevancia de la Clasificación del VIH de acuerdo a las categorías de CDC establecidas en el Manual de Atención del Adolescente y Adultos con VIH, fue que el 80% de los pacientes del estudio se encontró en la Categoría C (16/20), El 20% de los pacientes del estudio se encontró en la Categoría B. Por lo anterior, se observa que el 80% de los pacientes se encontraban en etapa avanzada del SIDA.

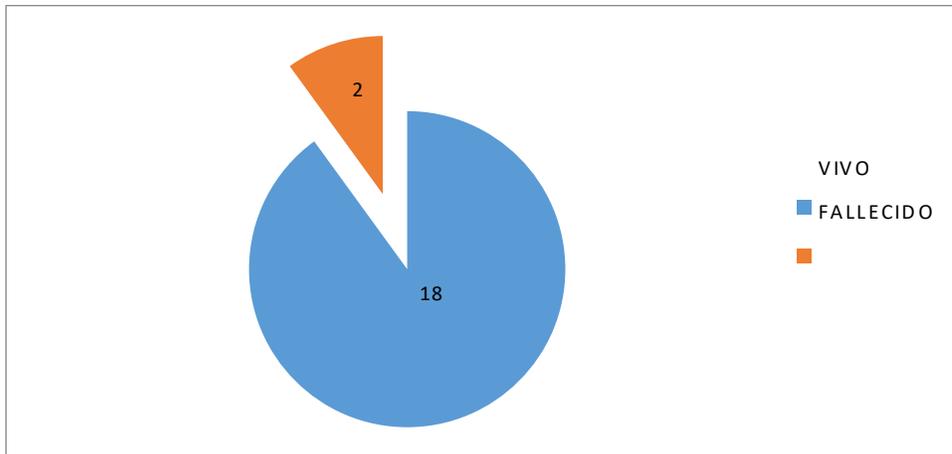


Figura 7. Condición de Egreso de los pacientes.

El hallazgo más importante de la condición de Egreso de los pacientes hospitalizados objeto de Estudio es que el 90% de los pacientes egresaron vivos, pero 2 de los 20 pacientes del estudio fallecieron durante su estancia hospitalaria. Ambas eran mujeres con diagnósticos de Tuberculosis pulmonar + Pancitopenia y Sangrado Digestivo + Síndrome Pilórico.

4.3 Resultados de la Entrevista/ Encuesta

4.3.1 Resultados de los factores relacionados con la adherencia desde la perspectiva del paciente.

4.3.1.1 Factores identificados relacionados con la Persona

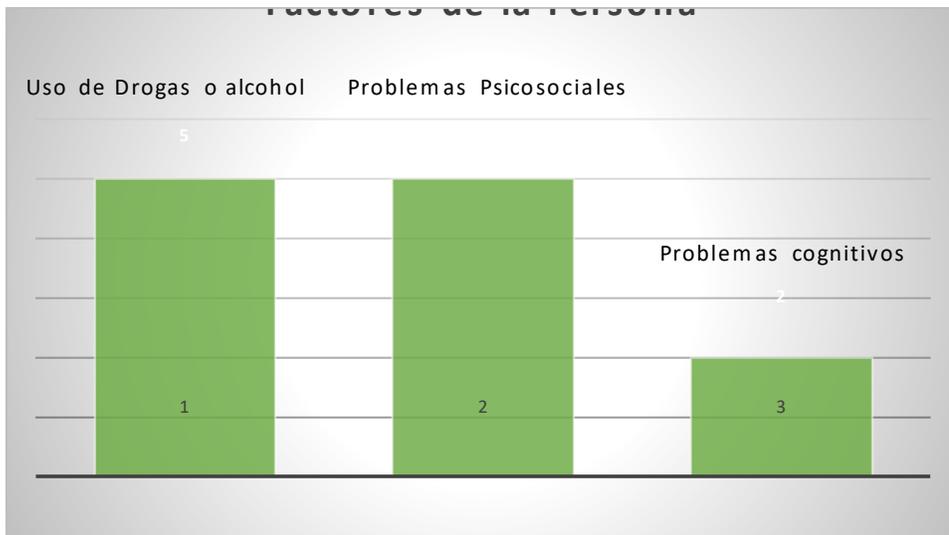


Figura 8. Factores relacionados con la persona

A través de la encuesta a los pacientes (12/20) del estudio se identificaron que los Factores de la Persona potencian negativamente la Adherencia; siendo estos el uso de alcohol y drogas 41% (5/12), los problemas psicosociales 41% (5/12) y los problemas cognitivos 16% (2/12).

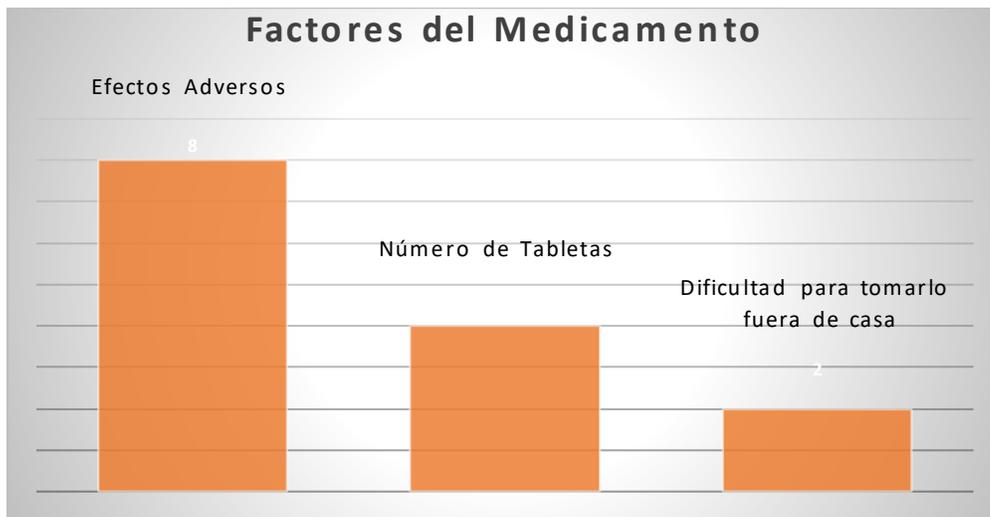


Figura 9. Factores identificados relacionados con el Medicamento

Los pacientes del estudio (12/20) consideran que los efectos adversos 67% (8/12) son la principal causa por la cual los pacientes del CAI del Hospital Escuela abandonan la terapia, seguido del número de tabletas (4/12) en un 33%.

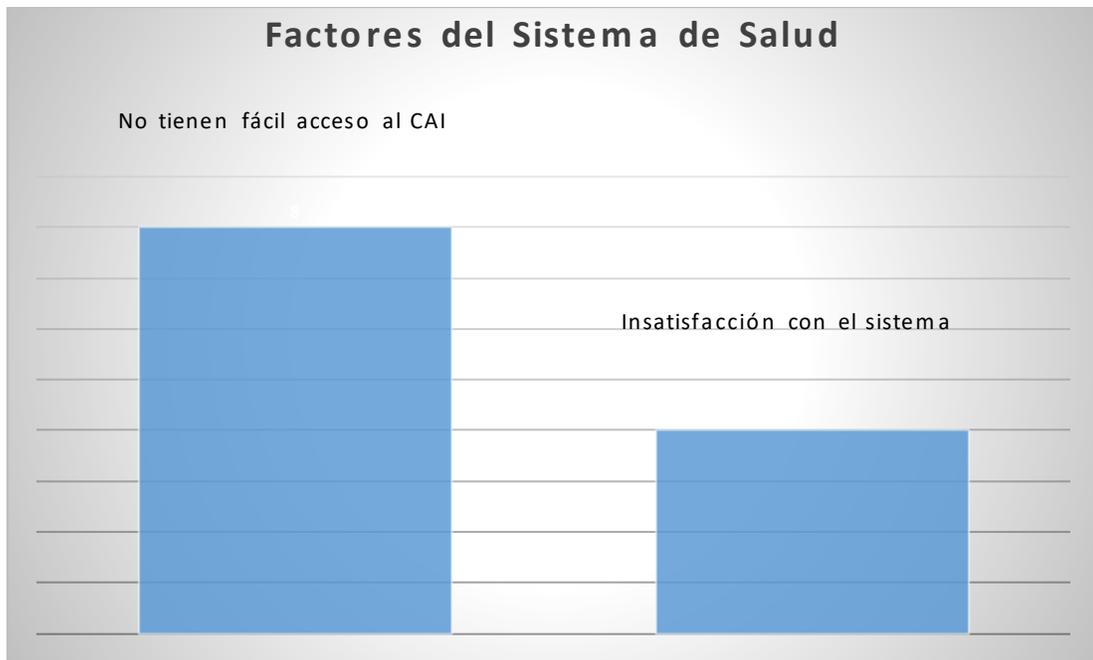


Figura 10. Factores identificados relacionados con el Sistema de Salud

El no tener acceso al CAI más cercano de su comunidad (67%) provoca una falta de adherencia intermitente, la cual sin una pronta y oportuna intervención por parte del proveedor de salud genera abandono de la terapia.

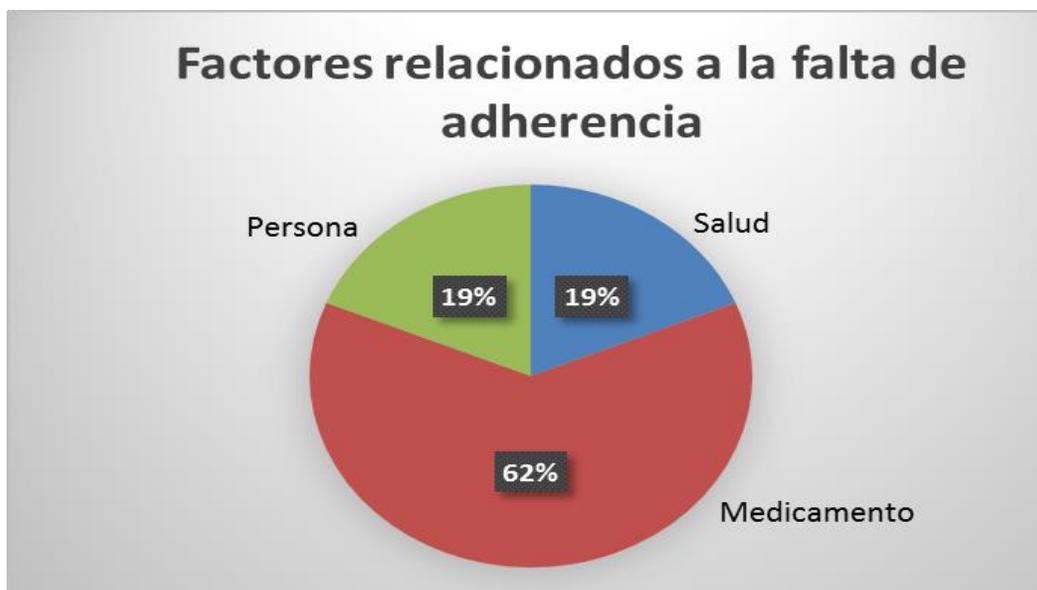


Figura 11. Frecuencia de los Factores relacionados a la falta de Adherencia identificados por los Pacientes del Estudio.

El 62% de los pacientes considera que el principal factor asociado con la falta de adherencia a la TARV es el medicamento por dos aspectos importantes no sentirse conforme con el número de tabletas y los efectos secundarios que estos producen.

4.3.2 Resultados de los factores relacionados con la adherencia desde la perspectiva de los prestadores de servicio.

4.3.2.1 Factores identificados relacionados con la Persona

Negación del diagnóstico

“Ya que no todos los pacientes asumen su diagnóstico desde primera vez que es revelado, esto debido a creencias, costumbres y religión” además opinaron que “muchos de los pacientes al recibir el diagnóstico de VIH positivo no vuelven a los servicios del CAI y otro

gran número de pacientes no terminan de aceptar y es fácilmente reconocer desde ese momento que paciente será adherente y que paciente no lo será”

4.3.2.2 Factores identificados asociados al Sistema

“Factores socioeconómicos esto incluye no tener un fácil acceso al CAI, su percepción como proveedores de salud está basada en el hecho de los lugares de procedencia de estos pacientes ya que en muchas ocasiones son lugares postergados; pero los pacientes se ven obligados a atenderse en el CAI del HEU por ser un Hospital de Referencia al cual se puede acudir en busca de atención”.

4.3.2.3 Factores identificados asociados al Medicamento

“Efectos adversos de los medicamentos los cuales al inicio de la TARV son tolerables pero luego con el paso del tiempo se convierten en crónico y en algunas ocasiones les producen otras enfermedades tales como anemia, falla renal, problemas gastrointestinales entre otros y medicamentos para otras patologías”.

4.4 Resultados de la ficha de registro

4.4.1 Estimación de los costos de la Atención Hospitalaria

Para costear la atención Hospitalaria de los 20 pacientes del estudio se hizo la sumatoria de la estancia hospitalaria (días/cama) más el valor de los exámenes de apoyo diagnóstico (laboratorio y radiología e imágenes), interconsultas especializadas durante el periodo de estancia hospitalaria y medicamentos aplicados. La sumatoria total de la atención hospitalaria para un promedio de 18.1 día/cama por cada uno de los 20 pacientes hospitalizados es de un millón doscientos cincuenta mil cuarenta y un lempiras (Lps. 1,250,041.00) como se ve distribuido en la figura 12

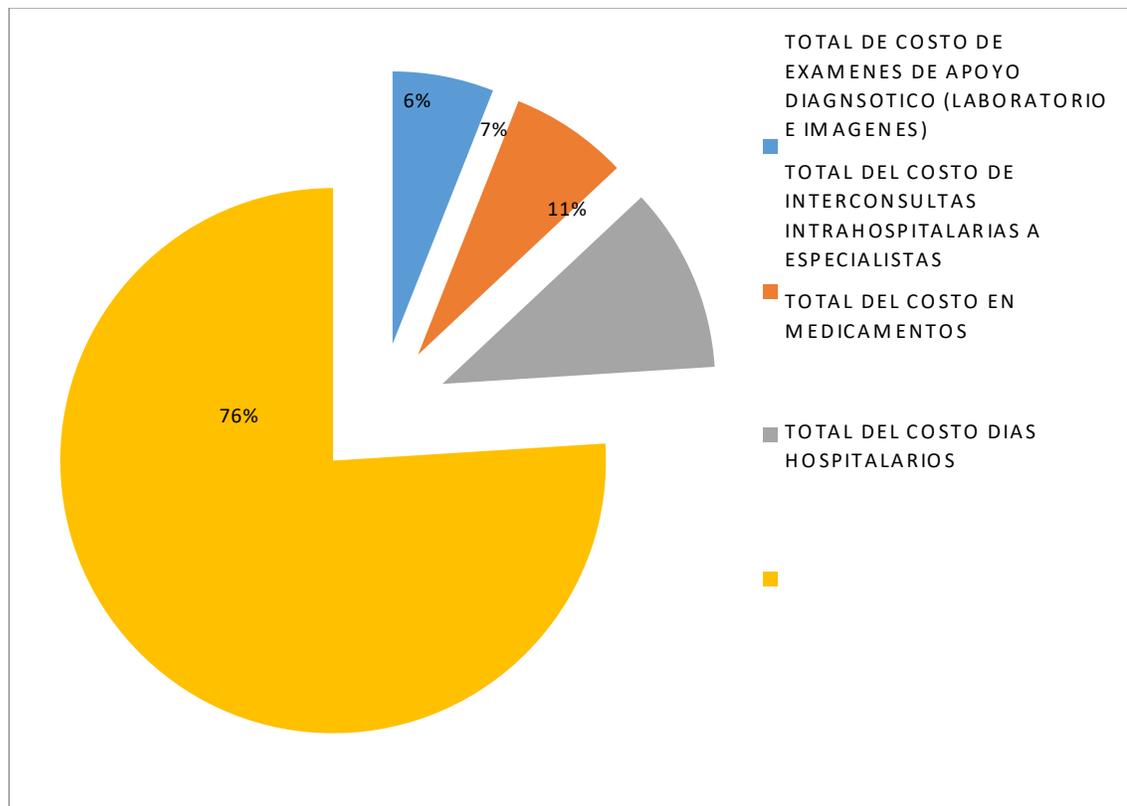


Figura 12. Distribución Porcentual de la Estimación de costos hospitalarios de los 20 pacientes con falta de adherencia.

En este grafico el dato de mayor importancia es que el costo más elevado del servicio hospitalario es la Estancia Hospitalaria (Costo Día/ cama) que asciende Lps 950,332.00 (76%) de la Estimación del Costo Total de la Atención, seguida del costo en medicamentos que fue del Lps. 144,545 (11%).

El costo diario por paciente hospitalizado es de tres mil cuatrocientos setenta y dos lempiras (Lps.3,472.00) que se obtiene al dividir el costo total de la atención hospitalaria estimada por paciente en el periodo de estudio (Lps 62,502.00), entre los 18.1 días promedio de estancia hospitalaria.

Para hacer un análisis comparativo que permita identificar el incremento de los costos en la atención a las personas con VIH que presentaron Falta de Adherencia se realizó comparación entre la estimación del costo diario en el que se incurrió durante la hospitalización (Lps. 3,472.00) versus la estimación el costo diario de un paciente adherente que se acudió mensualmente a consulta en el CAI, se le indicaron medicamentos, exámenes de rutina y exámenes especiales como CD4 y Carga Viral (Lps. 107.17)

De dicha comparación se pudo deducir que los costos estimados de la atención hospitalaria elevan 97% los costos estimados para la Atención Ambulatoria, presentándose una brecha de Lps. 3,365.00 y esta diferencia se debe principalmente a los elevados costos de los días/cama de la Estancia hospitalaria, así como los medicamentos que deben utilizarse para el manejo de infecciones oportunistas. Ver Figura 13

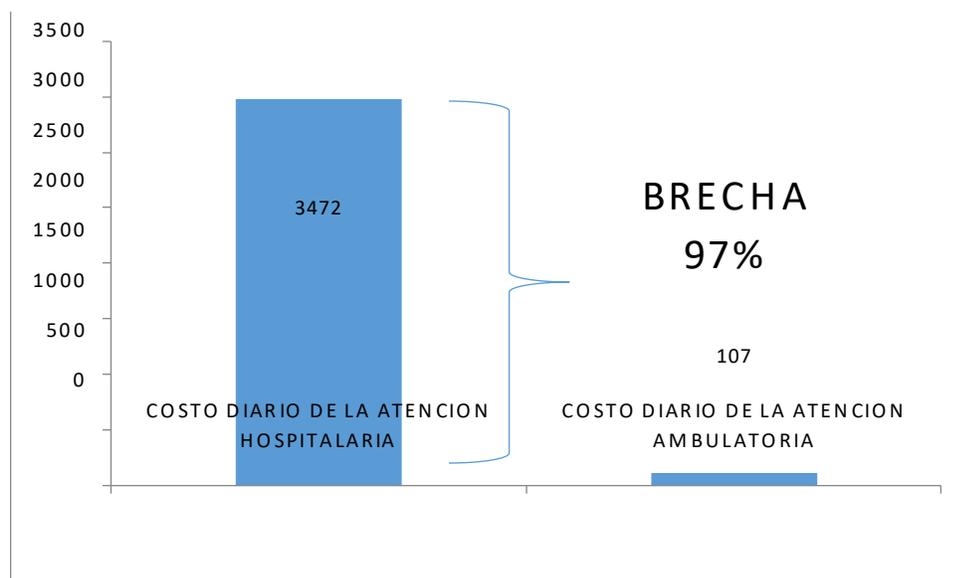


Figura 13. Comparativo entre la estimación del costo diario de la atención hospitalaria de pacientes con falla en la Adherencia versus el costo diario de la atención ambulatoria en pacientes adherentes

4.5 Alternativa para mejorar la adherencia de las personas con VIH que acuden al CAI del HEU, desde la perspectiva de los proveedores de salud.

El personal del CAI considero que para mejorar la adherencia debe apoyarse desde la consejería y el abordaje multidisciplinario la Aceptación del Diagnóstico, reconocimiento de su diagnóstico en el entorno familiar para el acompañamiento, a través de consejerías familiares de inicio y seguimiento; educar al paciente en cuanto a los efectos adversos del medicamento,

retomar la utilización de un test predictivo de adherencia, valorar la condición social del paciente al inicio de la TARV, procurar que el paciente se mantenga en terapia de primera línea con el medicamento de dosis única diaria que actualmente es la estrategia de país para mejorar adherencia.

4.6 Diagrama de Ishikawa

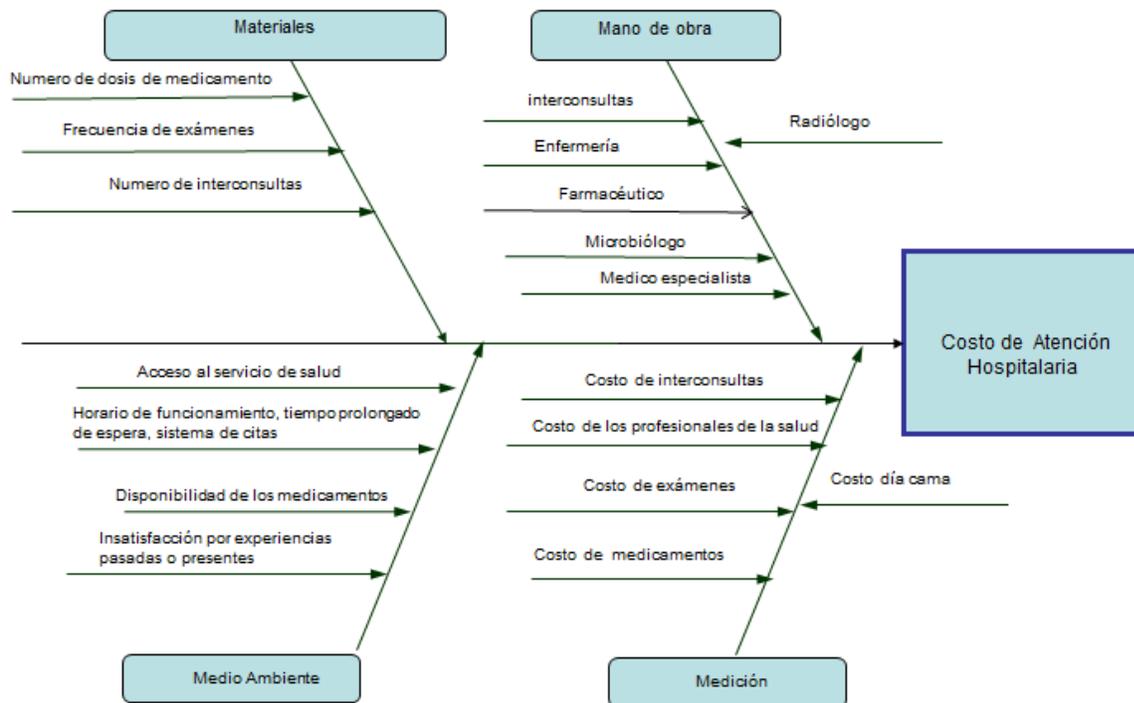


Figura 14. Diagrama causa y efecto del costo por la falta de adherencia.

Análisis por categoría

Personal : Esta categoría tiene un efecto importante en el plan de costo de hospitalización ya que un paciente con diagnóstico VIH positivo requiere del equipo multidisciplinario de profesionales de la salud que le brinden atención integral dentro de los

cuales están: Infectología, Enfermería, psicología, farmacia, trabajo social, etc. así mismo este tipo de pacientes en algunas ocasiones requiere de dos hasta cuatro médicos especialistas o sub especialistas que evalúen su condición de salud lo que incurre en un aumento en el costo de hospitalización.

Frecuencia de exámenes y medicamentos: para la determinación de un diagnóstico clínico se requiere de una serie de exámenes de laboratorio y de imagen que junto con el criterio clínico determinan el diagnóstico es importante hacer mención en esta categoría que los exámenes se deben realizar las veces que el médico tratante estime conveniente ya sea para determinar un valor en cuanto a la evolución de la enfermedad, descartar o confirmar otros diagnósticos. Una vez que se tiene un diagnóstico se deben de iniciar la prescripción de los medicamentos que ayuden a la mejoría y pronóstico de la enfermedad.

Costo de exámenes y medicamentos: Esta categoría es a fin al plan de costos de hospitalización que se presenta como propuesta.

El costo por la atención de una infección oportunista como es el diagnóstico de la mayoría de los pacientes en estudio es considerado alto por el tipo de medicamentos que se requieren para dichas patologías así mismo el tiempo de tratamiento es prolongado.

4.6 Propuesta

4.6.1 Plan de mejora para la adherencia al tratamiento antirretroviral de los pacientes del CAI del Hospital Escuela Universitario.

Este plan de mejora surge para dar respuesta al importante reto que representa la falta de adherencia de los pacientes que acuden al CAI del Hospital Escuela Universitario y con ello

lograr una mejora en los resultados de salud, contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario y concientizar a los pacientes del uso racional y costo de los medicamentos.

La identificación temprana de una mala adherencia terapéutica ayuda a prevenir cambios innecesarios de tratamiento. Es crucial poder distinguir entre mal cumplimiento o la falta de respuesta intrínseca a los medicamentos.

El objetivo principal de este Plan de Mejora es definir las estrategias para la mejora de la adherencia terapéutica, la promoción del uso responsable del medicamento en el cual están involucrados los proveedores de salud como personal clave.

Este plan contiene las estrategias para mejorar la adherencia y se pueden resumir en tres tipos:

- Estrategias de apoyo y ayuda.
- Estrategias de intervención.
- Estrategias en la pauta terapéutica.

4.6.1.1 Estrategia de Apoyo y Ayuda

En este tipo de estrategia es fundamental el trabajo en equipo de todos los integrantes del CAI para el paciente VIH: médicos, enfermeras, farmacéuticos, microbiólogos, odontólogos, psicólogos, trabajadores sociales, etc.

Esta estrategia se debe dirigir a todos los pacientes independientemente de su nivel de adherencia y debe estar centrada en la educación, la comunicación y el apoyo psicosocial. La

información que se brinde en esta estrategia debe ser de acuerdo a las normas establecidas para la atención de pacientes VIH en el País.

PRESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL TARV

Papel del médico

Antes de iniciar la prescripción, el médico debe tener en cuenta algunas consideraciones en el paciente asintomático con una inmunología relativamente conservada podrá posponerse el inicio del tratamiento a un par de semanas, durante los cuales se podrá resolver la patología concomitante si la hubiera derivando al servicio o profesional adecuado y se insistirá en la conveniencia de iniciar el tratamiento en visitas sucesivas. En el enfermo sintomático, sin embargo, la preparación del paciente deberá ser más rápida y probablemente, si éste acepta el tratamiento, el abordaje de la comorbilidad se realizará de manera simultánea al inicio del mismo. Tomada la decisión de iniciar el tratamiento antirretroviral, la prescripción pasa por tres fases diferenciadas: informativa, consenso y compromiso y finalmente mantenimiento y soporte. Las características de las mismas se resumen en la tabla 11.

Recomendaciones Para La Prescripción.

Tabla 11. Recomendaciones para la prescripción

FASE	OBJETIVOS
Informativa	Identificar posibles factores de riesgo del paciente sobre la adherencia Averiguar la situación social, laboral y familiar Conocer la situación psicológica y patología concomitante (drogodependencia, alcoholismo) Explicar los objetivos, esquemas de dosificación, efectos adversos potenciales del tratamiento Ofrecer las posibles alternativas de tratamiento Resaltar la importancia de la adherencia en la eficacia del tratamiento
Consenso y compromiso	Adaptar el tratamiento a la vida cotidiana del paciente consensuar los medicamentos dosis y pauta con el paciente Posponer el tratamiento hasta conseguir el consenso y el compromiso con el mismo Tratar las situaciones concomitantes (depresión, ansiedad, alcoholismo, drogodependencia) Solicitar el compromiso del paciente en la adherencia al tratamiento.
Mantenimiento y soporte	Evaluar la adherencia con el tratamiento Conocer los problemas y ofrecer soluciones Atención accesible (teléfono, hospital de día, consulta externa)

SEGUIMIENTO DEL TARV

Papel del farmacéutico

Tras la prescripción y a través de la dispensación, el Servicio de Farmacia puede actuar sobre los pacientes y desarrollar todas las actividades englobadas dentro del concepto de Atención Farmacéutica, y a través del seguimiento farmacoterapéutico, práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con el mismo, de forma continuada, sistemática y documentada, en colaboración con el propio paciente y con el resto de profesionales sanitarios.

En la tabla 12. Se resumen los objetivos del proceso de Atención Farmacéutica

Tabla 12. Programa de atención farmacéutica

FASE	OBJETIVOS
Presentación	<p>Presentación</p> <p>Indicar el procedimiento que deberá seguir el paciente para posteriores dispensaciones.</p>
Prospección	<p>Averiguar el nivel de conocimientos del paciente sobre su enfermedad, indicación y motivo del tratamiento, conocimiento del régimen terapéutico incluyendo el nombre de los fármacos, dosis (en unidades de medicación), frecuencia y consideraciones de administración, condiciones especiales de conservación, precauciones y efectos adversos.</p> <p>Conocer el estilo de vida del paciente, horarios y actividades cotidianas para poder, posteriormente, establecer un esquema individualizado de administración de fármacos.</p> <p>Averiguar el resto de fármacos que está tomando el paciente y detectar posibles interacciones.</p> <p>Evaluar la adherencia</p>
Información	<p>Transmitir al paciente los conocimientos suficientes para conseguir una correcta utilización de los medicamentos y, por tanto, obtener el máximo beneficio optimizando así la terapia antirretroviral.</p> <p>Proporcionar información oral y escrita sobre el tratamiento y la planificación de éste según las necesidades y hábitos particulares del paciente. La información básica debe incluir el nombre del fármaco (preferentemente el comercial), dosis (expresada en forma farmacéutica), frecuencia (indicando si debe asociarse o no con las comidas), acción del medicamento, consideraciones y consejos sobre la administración, y efectos adversos más importantes o aquellos que tengan más probabilidad de aparecer.</p> <p>Resaltar la importancia de la adherencia al tratamiento</p>
Dispensación y cita para la próxima visita	<p>Dispensación.</p> <p>Determinar la fecha de la próxima dispensación. Proporcionar un nombre y un número de teléfono para cualquier consulta o duda que se le plantee al paciente una vez fuera del hospital.</p>

La cantidad de cada medicamento que se dispense debe estar adaptada a las características del paciente en cuanto se refiere a adherencia; así, en pacientes con baja adherencia, el número de tabletas dispensadas debe ser menor para facilitar el apoyo a la misma o evitar el derroche del mismo en estos pacientes que probablemente no será aprovechada. Al inicio de la terapia, los periodos de dispensación deben ser semanales, ya que se necesita una

supervisión más estrecha pueden hacerse coincidir con las visitas de control clínico para evitar desplazamientos innecesarios del paciente.

Se puede proporcionar al paciente envases o contenedores de medicamentos que ayuden al paciente a identificar el medicamento, dosis y horario de la toma. Este tipo de dispositivos (diarios o semanales) es muy útil en los inicios de la terapia o en aquellas ocasiones en que un cuidador, o el propio paciente, prepara el medicamento para un determinado período de tiempo que oscile entre uno o varios días.

El registro de la dispensación por el Servicio de Farmacia debe realizarse a través de sistemas informáticos que faciliten la posterior explotación de los datos, permitiendo elaborar informes indirectos de adherencia (a través del análisis de medicamento dispensado). Como se ha indicado con anterioridad, la valoración rutinaria de la adherencia durante el TAR es clave para la toma de decisiones; por ello, estos informes deben ser ofertados al médico como una herramienta diagnóstica.

PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

El profesional de enfermería desarrollara un papel esencial, con una dedicación plena a la atención integral del paciente VIH. Es muy importante que entre el equipo asistencial y el enfermo llegue a conseguirse una relación de confianza, accesibilidad, confidencialidad y flexibilidad en todo momento. El profesional de enfermería debe centrar su participación en el apoyo al paciente. Los puntos clave consisten en informar, enfatizando sobre las dudas surgidas

en la consulta médica, y detectar al posible incumplidor, planificando con el equipo asistencial las estrategias de intervención.

Asimismo, profundizará en los hábitos de vida, recursos personales y familiares del paciente, analizará sus conocimientos acerca de la enfermedad y sobre el grado de concienciación y confianza que tiene el paciente para iniciar el tratamiento. Con esta información planteará un plan de cuidados de enfermería, priorizando actividades, y comunicará al médico si pueden existir problemas de índole personal o social que recomienden retrasar el inicio del tratamiento hasta su resolución.

Una vez decidido el inicio de tratamiento, se deberán analizar cuáles son las características habituales de un día cualquiera del paciente para poder "adaptar el tratamiento a la vida del enfermo, realizando una programación de la toma del medicamento. Es conveniente que esta programación quede reflejada esquemáticamente por escrito. Antes de concluir la entrevista se deberá comprobar que el paciente ha entendido las explicaciones e intentar solventarle las posibles dudas. En ese momento se debería seleccionar un apoyo externo (familiar, pareja, etc.) próximo, que pueda servirle como refuerzo positivo y punto de apoyo, ofertándole un teléfono de contacto de la consulta para resolver cualquier tipo de duda y poder trasladar al facultativo aquellas situaciones que requieran una atención prioritaria.

PAPEL DEL PSICÓLOGO Y/O DEL PSIQUIATRA

La falta de adherencia en numerosos pacientes puede atribuirse a problemas emocionales, directa o indirectamente relacionados con la enfermedad en sí misma. Al tratarse de una enfermedad asintomática durante largos períodos, algunas personas infectadas por VIH

presentan una escasa percepción de su condición de enfermos y esto puede manifestarse en un cuidado insuficiente o inadecuado de su salud.

El psicólogo puede intervenir para que el paciente realice un adecuado proceso de adaptación a la enfermedad a través de las distintas situaciones que se presenten, desde el momento inicial del diagnóstico hasta el inicio del tratamiento antirretroviral, con los sucesivos cambios que vayan apareciendo. El manejo de los efectos adversos de los medicamentos y su repercusión en el estado emocional y calidad de vida de los pacientes, la incorporación de los hábitos de salud a la vida cotidiana, la relación con familia y entorno, entre otras, son áreas susceptibles de intervención psicológica. Una correcta adaptación a la enfermedad y una adecuada conciencia de ésta repercutirá sin duda en un mejor cuidado global de la salud, en el que se incluye de forma natural la toma del tratamiento. Otras áreas de intervención habituales en la práctica clínica son los cuadros de ansiedad y de depresión, comunes no sólo en el paciente recién diagnosticado sino también en aquellos que llevan largo tiempo en tratamiento y que pueden presentar un lógico cansancio y abatimiento. Frecuentemente, tras olvidos frecuentes de la toma de medicamentos o cuadros reiterados de intolerancia a los fármacos subyacen estados emocionales depresivos que necesitan ser desenmascarados y abordados desde la intervención psicológica.

En cuanto al psiquiatra, su intervención será fundamental cuando se diagnostique patología psiquiátrica asociada o no a la enfermedad que requiera control farmacológico. Los pacientes psiquiátricos que no están debidamente controlados no podrán alcanzar ni mantener la necesaria adherencia al tratamiento.

El entorno familiar y social es también de suma importancia en la problemática del VIH. Una contribución positiva del entorno potenciará la adherencia. Siempre que sea posible deberá intentarse implicar a las personas emocionalmente significativas para el paciente en el proceso de su enfermedad.

RECOMENDACIONES:

- Antes de comenzar el TAR se debe preparar al paciente e identificar y corregir las causas que pueden limitar la adherencia al mismo, valorando la posibilidad de retrasarlo, si la situación clínica del paciente lo permite.

- Se debe ofrecer a todo paciente que inicie o cambie el TAR un programa educativo, a cargo de profesionales sanitarios con experiencia en el manejo de pacientes con infección VIH, conocimiento exhaustivo sobre farmacoterapia del TARV y habilidades de comunicación, con objeto de que el paciente conozca, de forma completa, verbal y escrita, toda la información e instrucciones sobre los medicamentos que constituyen el TARV.

- Debe procurarse la máxima disponibilidad posible del equipo asistencial (médicos, farmacéuticos, profesionales de enfermería, psicólogos y psiquiatras) para resolver las dudas y problemas que el paciente presente a lo largo del tratamiento.

4.6.1.2 Estrategia de Intervención

No existe ningún método de intervención superior a otros para mejorar la adherencia del paciente a cualquier tratamiento farmacológico y parece demostrado que las intervenciones que combinan los componentes cognitivos, conductuales y afectivos son más eficaces que los centrados en uno sólo de estos aspectos.

En la tabla 13 se resumen las causas potenciales de mala adherencia y las posibles intervenciones.

Tabla 13. Causas De Incumplimiento Y Posibles Estrategias De Intervención

	Causas potenciales de incumplimiento	Posibles intervenciones
Factores sociales, económicos, educativos	Falta de apoyo social y/o familiar. Escasos recursos. Bajo nivel educativo	Buscar alianza con familia y allegados. Conocer necesidades sociales. Reclutar organizaciones comunitarias. Educación intensiva , explicaciones claras y comprensibles y adaptadas
Factores del equipo asistencial	Falta de recursos. Atención masificada e impersonal. Ausencia de coordinación entre diferentes servicios de apoyo a la asistencia. Insuficiente formación en terapia antirretroviral. Falta de accesibilidad. Deficiente formación en relación personal sanitario-paciente.	Accesibilidad y continuidad de la asistencia. Equipo multidisciplinar. Recursos materiales y humanos suficientes y coordinados. Formación sólida en terapia antirretroviral y en atención al paciente. Plantear terapia directamente observada en determinados ámbitos asistenciales
Factores relacionados con el tratamiento	Efectos adversos, tamaño y palatabilidad de las unidades galénicas, número de dosis diarias. Intrusividad en la vida del paciente. Falta de adaptación a las preferencias y necesidades del paciente.	Simplificar el régimen terapéutico. Individualizar tratamiento. Comorbilidad, preferencias, interacciones. Técnicas especiales para la toma de la medicación. Ayudar a desarrollar mecanismos de reacción (p.e. anticipación y manejo de efectos adversos)
Factores relacionados con el paciente	No aceptación. Rechazo del diagnóstico. Rechazo del tratamiento (creencias y actitudes) Olvidos y barreras. Insuficiente comprensión de la enfermedad y su tratamiento. Insuficiente entendimiento de la relación riesgo/beneficio. Motivos de dosificación y cumplimiento. Comorbilidad psiquiátrica. Uso y abuso de drogas	Analizar relación paciente – profesional sanitario y mejorar la efectividad de la relación. Negociar y consensuar el plan terapéutico. Fomentar la Analizar relación paciente – profesional sanitario y mejorar la efectividad de la relación. Negociar y consensuar el plan percepción de indicadores de la necesidad de tratamiento. Informar sobre riesgos y beneficios del tratamiento. Asociar las tomas con actividades cotidianas. Técnicas especiales y ayudas para el cumplimiento (diarios de medicación, alarmas, teléfonos, etc.). Mejorar la comunicación paciente – profesional sanitario. Información referente a la enfermedad y el tratamiento, motivo de la dosificación, riesgo del incumplimiento. Información oral y escrita. Verificar comprensión. Derivar para intervención psicológica en áreas disfuncionales o intervención psiquiátrica si se detecta patología psiquiátrica.

4.6.1.3 Estrategia en la Pauta Terapéutica

Recientemente existen avances en la terapia antirretroviral que ha implicado la posibilidad de realizar tratamientos sencillos de alta potencia que favorecen de manera muy importante la adherencia al tratamiento. Estos avances son la coformulación de tres principios activos en una sola forma de dosificación, la disponibilidad de fármacos que pueden administrarse una vez al día y por consiguiente, la posibilidad de combinaciones en dosis única diaria (QD).

Estas pautas QD han adquirido un interés creciente. No obstante, existen algunas cuestiones que deben ser resueltas de forma concluyente: interacciones, toxicidad, efectividad, relación con la adherencia y su impacto sobre la calidad de vida. Es importante considerar que el uso de regímenes de una vez al día es una de las múltiples intervenciones posibles y su impacto depender tanto de factores individuales como de factores externos, incluido la carga de pastillas, tolerancia a los fármacos, potencia, eficacia, y existencia de resistencias.

Por otro lado, la simplificación del TARV viene definida como el cambio de un régimen con el que se ha conseguido una adecuada respuesta por otro que mantenga la misma eficacia permitiendo reducir su complejidad.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIÓN

5.1. Conclusiones

- El HEU carece de una Unidad de Análisis de Información que produzca reportes que estén disponibles a los gerentes para apoyar a la toma de decisiones. La ejecución del presupuesto se clasifica de forma muy generalizada de manera que produce un desconocimiento de los costos incurridos para la prestación de servicios de las diferentes patologías priorizadas. En el caso de la respuesta institucional a la Epidemia del VIH también existe un desconocimiento del costo de Hospitalización generado por la falta de adherencia a la TARV de los pacientes que acuden al CAI de dicho centro y que permitan identificar el plan de intervención y las estrategias para el abordaje de dicha problemática.
- La falta de Adherencia a la Terapia Antirretroviral eleva los costos de la atención a la epidemia del VIH, en vista que cada paciente no adherido a su terapia termina requiriendo servicios especializados de la atención hospitalaria de alto costo. La Adherencia a la TARV es costo-efectiva y significa ahorro económico siempre y cuando el sistema de salud garantice la sostenibilidad de la misma, tal como lo establecen las teorías de sustento. La ONUSIDA impulsa a través de diversas estrategias la Adherencia, incluyendo la medición de la inversión que permita visualizar los esfuerzos por mejorar la prevención, la atención y la mitigación del daño a través de la Herramienta MEGAS (Medición del Gasto en SIDA). En Honduras instituciones de salud que conforman parte de la respuesta a la epidemia

del VIH no tienen información disgregada ni control de los recursos financieros que se invierten, esto amenaza con duplicar esfuerzos y no tener una toma de decisiones generadas por el conocimiento.

- Se utilizaron tres técnicas para la recolección de la información relacionada con el estudio: Encuesta, Entrevista y vaciado de la ficha de registro. Esta última técnica incluía, datos demográficos, clínicos y de costos; los cuales fueron los más difíciles de recabar en vista que el archivo no contaba con la disponibilidad inmediata de los 20 Expedientes Clínicos de los pacientes hospitalizados en el periodo señalado y la Unidad de Planeación Estratégica que fue identificada por la alta gerencia como la fuente de información de los datos relevantes contemplados en la lista de chequeo tampoco contaba con la información requerida ni generalizada ni disgregada por servicio, por lo que se debió de recurrir a los datos informados para la construcción del Plan Estratégico del HEU 2014-2018, en el cual se realizaron proyecciones basadas en el año 2013 para los próximos cinco años lo que refleja el periodo del estudio.
- Se comprueba la Hipótesis: A menor adherencia a la TARV mayor costo en la atención hospitalaria

5.2. Recomendaciones

- Es necesario que el Hospital Escuela cuente con una Unidad de Análisis de la información Estratégica que permita identificar los esfuerzos y priorizar el financiamiento hacia las intervenciones que brinden mejor resultado y promuevan el ahorro. La medición del gasto es un ejercicio sistemático y programado a través de un Plan de Costos que debe institucionalizarse, estableciendo roles y disponiendo de recurso humano técnico calificado dentro del staff para su ejecución.
- El equipo multidisciplinario del CAI deberá realizar y ejecutar un plan de intervención basado en los resultados del presente estudio, que identifique las estrategias que deberán aplicarse para abordar los factores relacionados a la Adherencia que influyen negativamente en la misma.
- Para garantizar un proceso más integral que asegure mejores resultados, el ejercicio de la implementación del Plan de Costos debería realizarse en coordinación entre las áreas técnicas (laboratorio, radiología e imágenes, farmacia y áreas de hospitalización) financieras y Administrativas (dirección administrativa, departamento de compras y suministros y Unidad de Planeación Estratégica).

- La presente investigación deberá ser socializada y analizada con los tomadores de decisiones institucionales para definir las acciones pertinentes que produzcan la institucionalización de la metodología de implementación del plan de mejora de adherencia.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Antela López, A et al. INFECCIÓN POR VIH Y ATENCIÓN PRIMARIA. Madrid. Ergon; 2008

Bu, P. p. (2013). MANUAL DE AYENCION INTEGRAL AL ADULTO Y ADOLESCENTE CON VIH. Tegucigalpa, Honduras C.A.

Báltica Cabieses, & Manuel A. Espinoza. (2011). LA INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL Y SU APORTE PARA LA TOMA DE DECISIONES EN POLÍTICAS DE SALUD.

CONASIDA. (2016). *Situacion Epidemiologica del VIH Honduras, 1985-2016*. HONDURAS.

Direccion Medica, programa de VIH. (2015). *informe de costos IHSS*. Instituto Hondureño de seguridad Social.

Dr. Avilio Méndez Flores. (2010). Ciencias Médicas | CONCEPTO DE EPIDEMIA. Recuperado a partir de <http://blog.ciencias-medicas.com/archives/266>

ENCICLOPEDIA FINANCIERA. (2013). COSTOS VARIABLES. Recuperado el 16 de marzo de 2017, a partir de <http://www.encyclopediainanciera.com/definicion-costos-variables.html>

EQUIPO DE CONDUCCION Y GERENCIA. (2014). PLAN ESTRATÉGICO HOSPITAL ESCUELA-UNAH 2014-2018. Recuperado a partir de www.hospitalescuela.edu.hn/dmsdocument/138

Fichas de registro. (2012, enero 9). Recuperado el 23 de marzo de 2017, a partir de <http://portalacademico.cch.unam.mx/alumno/tlriid4/unidad3/procesamiento/fichasRegistr>

o

Gina Morales, Miguel Aragón, & Bredy Lara. (2009). FACTORES ASOCIADOS CON LA NO ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

Infosida. (2016, junio 28). ¿QUÉ ES UNA INFECCIÓN OPORTUNISTA? | Entendimiento del VIH/SIDA | infoSIDA. Recuperado el 16 de marzo de 2017, a partir de <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/26/86/-que-es-una-infeccion-oportunista->

Infosida. (2017, marzo 17). ESTADO SEROLÓGICO | Definición. Recuperado el 16 de marzo de 2017, a partir de <https://infosida.nih.gov/education-materials/glossary/4059/estado-serologico>

Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come.

Josep Valo, & Jaume Ribera. (1990, octubre). GESTION EN LA EMPRESA HOSPITALARIA. Recuperado a partir de <http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0199.pdf>

LEE J. KRAJEWSKI, LARRY P. RITZMAN, & MANOJ K. MALHOTRA. (2008).

ADMINISTRACIÓN DE OPERACIONES Procesos y cadenas de valor (8a ed.). Mexico: Pearson.

López Estrada, R. E., & Deslauriers, J.-P. (2011). LA ENTREVISTA CUALITATIVA COMO TÉCNICA PARA LA INVESTIGACIÓN EN TRABAJO SOCIAL. Recuperado a partir de <http://www.margen.org/suscri/margen61/lopez.pdf>

Ladero, O. C. (2005). VARIABLES PSICOSOCIALES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. Mexico.

Método Sintético. (2013). Recuperado el 25 de febrero de 2017, a partir de

<http://www.eumed.net/libros-gratis/2007a/257/7.2.htm>

Metodología De La Investigacion: METODOS DE LA INVENTIGACION. (2006). Recuperado

a partir de <http://metodologia02.blogspot.com/p/metodos-de-la-investigacion.html>

Ministerio de Salud. (2005). MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD. Recuperado

a partir de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/.pdf>

ONUSIDA. (2015a). 90-90-90 UN AMBICIOSO OBJETIVO DE TRATAMIENTO PARA

CONTRIBUIR AL FIN DE LA EPIDEMIA DE SIDA. Recuperado a partir de

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf

ONUSIDA. (2015b). *DIAGRAMACION MEDICION DEL GASTO EN SIDA HONDURAS*

2013-2014. Recuperado a partir de

<http://www.pasca.org/userfiles/HN%20DIAGRAMACION%20MEDICION%20DEL%20GASTO%20EN%20SIDA%20HONDURAS%20%202013-2014.pdf>

ONUSIDA. (2016). *El sida en cifras 2015*. Recuperado a partir de

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf

Organizacion Mundial de la Salud. (2004). ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A

LARGO PLAZO. Recuperado a partir de

<http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

Panel de expertos de Gesida y Plan Nacional sobre el Sida. Recomendaciones de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero 2012).

Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Callado, & Pilar Baptista Lucio. (2014).
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN (Quinta). México: Mc Gram Hill.

Secretaria CAI Hospital Escuela Universitario. (2008). Reseña Historica CAI Hospital Escuela.

Secretaria de Salud Publica. (2015). SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH EN
HONDURAS, 1985-2016.

Trespacios Gutiérrez, J., Vázquez Casielles, R., & Acebrón, L. (2005). *INVESTIGACIÓN DE
MERCADOS*,. Mexico: International Thomson.

ANEXOS

Encuesta Factores de Adherencia

Expediente: _____

Factores de la Persona

Utiliza Drogas o alcohol

- Si
- No

Tiene Problemas psicosociales (falta de apoyo social, estigma, depresión, ansiedad, psicosis)

- Si ¿Cuál? _____
- No

Tiene Problemas cognitivos

- Si
- No

Factores del Medicamento

Dosis de su medicamento Antirretroviral?

- Cada 12 hrs
- Cada día

Está conforme con el número de tabletas que toma

- Si
- No

El medicamento que toma le produce efectos adversos (mareos, náuseas, problemas gastrointestinales, lipodistrofia, u otros)

- Si especifique _____
- No

Factores relacionados con el sistema de salud

Tiene fácil acceso al CAI?

- Si
- No

Siempre lleva sus medicamentos completos en cada consulta

- SI
- No

Entrevista a Personal del CAI del HEU

En su experiencia que factores considera Ud. que afectan la adherencia de los pacientes con VIH

Considera Ud. importante la implementación de un plan de costos de hospitalización en el HEU

Que acciones considera Ud. se deben tomar la mejorar la falta de adherencia de los pacientes

Entrevista al Coordinador del CAI del HEU

La toma de la TARV supone un ahorro económico para los Hospitales que estrategias considera Ud. deben implementarse para mejorar la adherencia de los pacientes del CAI del HEU

Considera Ud. importante la implementación de un sistema de costos en la atención de pacientes porque

Maneja cifras de cuanto es aproximadamente el costo que le genera al HEU la hospitalización por una infección oportunista de un paciente VIH

¿De cuanto es el costo de un tratamiento para infección oportunista?

Costo de una Terapia Antirretroviral de Rescate

Cual Es el objetivo principal de la migración al esquema de preferencia Atripla

Ficha de Registro de Expedientes Clínicos

Datos Generales del Paciente

Expediente.: _____

Sexo: F M

Estado Civil: Soltero: Casado:

Edad:

- 15-19
- 20-24
- 25-29
- 30-34
- 35-39
- 40-44
- 45-49
- 50-54
- 55-59
- 60
- o mas

Sala:

- MAH
- MAM
- MBM
- MBH

MCH

MCM

Orientación Sexual:

Heterosexual

homosexual

bisexual

Escolaridad:

ANALFABETA

PRIMARIA INCOMPLETA

PRIMERA COMPLETA

SECUNDARIA INCOMPLETA

SECUNDARIA COMPLETA

NIVEL TECNICO

UNIVERSIDAD INCOMPLETA

UNIVERSIDAD COMPLETA

Procedencia:

Rural

Urbano

Urbano-Marginal

Ocupación:

Desempleado

Oficinista

Guardia de Seguridad

Obrero

Servicios

Economía Informal

Ama de casa

Raza

- Mestizo
- Blanco
- Negro

Factores de riesgo de VIH:

- Sexual
- Perinatal
- Transfusión sanguínea
- Drogas

DATOS CLINICOS

Año		Día	Mes
<input type="radio"/> FECHA DE HOSPITALIZACION	_____	_____	_____
<input type="radio"/> FECHA DE INICIO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	_____	_____	_____
<input type="radio"/> FECHA DE ULTIMA RETIRADA DE MEDICAMENTOS	_____	_____	_____
<input type="radio"/> FECHA DE ULTIMA CITA	_____	_____	_____

TIPO DE FALTA DE ADHERENCIA

- FALLA EN LA ADHERENCIA INTERMITENTE
- ABANDONO. ESPECIFICAR TIEMPO DE ABANDONO (MESES)_____

ANTECEDENTE PROFILAXIS

PRIMARIA

- ISONIACIDA
- TRIMETROPRIM SULFA

SECUNDARIA

- FLUCONAZOL
- SULFADIACINA

- PIRIMETAMINA
- ITRACONZOL
- ANFOTERICINA B
- AZITROMICINA
- TRIMETROPRIM SULFA
- FLUCONAZOL

CAUSA DE HOSPITALIZACION

INFECCIONES OPORTUNISTAS:

- TOXOPLASMOSIS
 - CRIPTOCOCOCIS
 - NEUMONIA POR P. JIROVECY
 - NUEMONIA NOSOCOMIAL
 - NEUMONIA RECURRENTE
 - ANEMIA
 - DIARREA CRONICA
 - CANDIDIASIS ORAL
 - CANDIDIASIS ESOFAGICA
 - CITOMEGALOVIRUS
 - ENCEFALOPATIA POR VIH
 - CRIPTOSPORIDIASIS
 - TUBERCULOSIS PULMORAR
 - TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR
 - HISTOPLASMOSIS
 - CANCER. TIPO DE CANCER_____
 - SARCOMA DE KAPOSSI
 - SINDROME DE WASTING
 - PURPURA TROMBOCITOPENICA
 - OTRAS _____
- _____

EXAMENES DE LABORATORIO

FRECUENCIA

<input type="radio"/> HEMOGRAMA	<hr/>
<input type="radio"/> BUN	<hr/>
<input type="radio"/> CREABUN	<hr/>
<input type="radio"/> CREABUN	<hr/>
<input type="radio"/> CREATININA	<hr/>
<input type="radio"/> TGO	<hr/>
<input type="radio"/> TGP	<hr/>
<input type="radio"/> FOSFATASA ALCALINA	<hr/>
<input type="radio"/> COLESTEROL LDL	<hr/>
<input type="radio"/> COLESTEROL HDL	<hr/>
<input type="radio"/> TRIGLICERIDOS	<hr/>
<input type="radio"/> T3	<hr/>
<input type="radio"/> T4	<hr/>
<input type="radio"/> TSH	<hr/>
<input type="radio"/> TP	<hr/>
<input type="radio"/> TPT	<hr/>
<input type="radio"/> RPR	<hr/>
<input type="radio"/> MHATP	<hr/>
<input type="radio"/> GLUCOSA	<hr/>
<input type="radio"/> UREA	<hr/>
<input type="radio"/> ACIDO URICO	<hr/>
<input type="radio"/> BILIRRUBINA TOTAL	<hr/>
<input type="radio"/> BILIRRUBINA DIRECTA	<hr/>
<input type="radio"/> FROTIS DE SANGRE PERIFERICA	<hr/>
<input type="radio"/> VES	<hr/>
<input type="radio"/> BAAR DE ESPUTO	<hr/>
<input type="radio"/> EXAMEN GENERAL DE ORINA	<hr/>
<input type="radio"/> UROCULTIVO	<hr/>
<input type="radio"/> EXAMEN GENERAL DE HECES	<hr/>
<input type="radio"/> WRIGHT EN HECES	<hr/>
<input type="radio"/> SANGRE OCULTA EN HECES	<hr/>
<input type="radio"/> COPROCULTIVO	<hr/>

- PROTEINAS TOTALES SERICAS
- ALBUMINA
- GLOBULINA
- CD4
- CARGA VIRAL
- SEROLOGIA HEPATITIS B
- ADA
- IGM
- IGG
- CULTIVO DE LCR
- GRAM DE LCR
- CULTIVO POR HONGOS EN LCR
- TINTA CHINA LCR
- CITOQUIMICA DE LCR
- CITOQUIMICA DE LIQUIDO PLEURAL
- CULTIVO DE LIQUIDO PLEURAL
- HEMOCULTIVO
- OTROS _____

EXAMENES DE IM

- ULTRASONIDO
- TOMOGRAFIA CON CONTRASTE (TAC CEREBRAL)
- TOMOGRAFIA SIMPLE (TAC CEREBRAL)
- TOMOGRAFIA TORACICA CON MEDIO DE CONTRASTE
- TOMOGRAFIA ABDOMINAL CON MEDIO DE CONTRASTE
- ENDOSCOPIA
- RAYOS X
- RESONANCIA CEREBRAL CON GADOLINIO
- RESONANCIA CEREBRAL SIN GADOLINIO

INTERCONSULTA

FRECUENCIA

DERMATOLOGIA

HEMATOLOGIA

NEUROLOGIA

INFECTOLOGIA

TERAPIA DE REHABILITACION

COLPROCTOLOGIA

DERMATOLOGIA

HEMATOLOGIA

NEUROLOGIA

INFECTOLOGIA

TERAPIA DE REHABILITACION

EXAMENES DE CITODIAGNOSTICO Y ANATOMIA PATOLOGICA

- CITOLOGIA**
- BIOPSIA**
- MEDULA OSEA**

MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES

AZT 300 MG +3TC 150 MG

EFAVIRENZ 600 MG

LAMIVUDINA 150 MG

TENOFOVIR 300 MG

ABACAVIR 300 MG

DOSIS	DIAS DE TRATAMIENTO
1 TABLETA CADA 12 HRS	<hr/>
1 TABLETA CADA NOCHE	<hr/>
1 TABLETA CADA 12 HRS	<hr/>
1 TABLETA CADA DIA	<hr/>
1 TABLETA CADA 12 HRS	<hr/>

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------|-------|
| <input type="radio"/> TENOFOVIR 300 MG/ENTRICITABINE 200 MG | | 1 TABLETA CADA DIA | _____ |
| | | 1 TABLETA CADA 12 | _____ |
| <input type="radio"/> LOPINAVIR 200 MG +RITONAVIR 50 MG | HRS | | _____ |
| <input type="radio"/> ENTRICITABINE 200 MG +TENOFVIR 300 MG+EFAVIRENZ 600 MG | | 1 TABLETA CADA DIA | _____ |

DOSIS

MEDICAMENTOS INFECCIONES OPORTUNISTAS

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|--------|------------------------|-------|
| <input type="radio"/> FLUCONAZOL 200 MG VO | | 400 MG CADA 12 HRS | _____ |
| | | 960 MG CADA 6 | _____ |
| <input type="radio"/> TRIMETROPIN SULFAMETOXAZOL 160 MG/800 MG VO | HORAS | | _____ |
| <input type="radio"/> ISONIACIDA 300 MG VO | | 300MG CADA DIA | _____ |
| <input type="radio"/> SULFADIACINA 500 MG VO | | 1 GRAMO CADA 6 HRS | _____ |
| <input type="radio"/> PIRIMETAMINA 25 MG VO | | 50 MG CADA DIA | _____ |
| <input type="radio"/> ITRACONAZOL 100 MG VO | | 200 MG CADA 12 HRS | _____ |
| <input type="radio"/> ANFOTERICINA B 50 MG VO | | 50 MG CADA DIA | _____ |
| | | 1 GRAMO CADA | _____ |
| <input type="radio"/> AZITROMICINA 500 MG VO | SEMANA | | _____ |
| <input type="radio"/> CLINDAMICINA 300 MG VO | | 600MG CADA 6 HORAS | _____ |
| | | 500MG CADA 12 | _____ |
| <input type="radio"/> CLARITROMICINA 500MG VO | HORAS | | _____ |
| | | 200 MG CADA 12 | _____ |
| <input type="radio"/> VORICONAZOL 200 MG VO | HORAS | | _____ |
| <input type="radio"/> ACICLOVIR 400MG VO | | 400MG CADA 6 HORAS | _____ |
| | | 900 MG CADA 12 | _____ |
| <input type="radio"/> VALGANCICLOVIR 450 MG VO | HORAS | | _____ |
| <input type="radio"/> FINATERAMIDA 300MG/600 MG/1.6 G/1.2 G | | 1.2 G/2.4 G/6.4 G/4.8G | _____ |

OTROS MEDICAMENTOS

DOSIS

DIAS DE TRATAMIENTO

- | | | |
|----------------------------------------------|-------|-------|
| <input type="radio"/> CEFTRIAXONA 1 GRAMO IV | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> CLINDAMICINA 300 MG IV | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> FLUCONAZOL 200 MG IV | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> MANITOL IV | _____ | _____ |

DEXAMETASONA 8 MG /2ML IV

VANCOMICINA 500 MG IV

CIPROFLOXACINA 400 MG IV

NUMERO DE DIAS HOSPITALARIOS

FECHA DE EGRESO

CONDICION AL SALIR

VIVO

MUERTO

CONSTANCIA

Yo Edna Janeth Maradiaga en mi condición de asesora temática; por este medio hago constar que he revisado la tesis: Estimación del costo por la falta de adherencia de las personas con VIH del Hospital Escuela Universitario de los maestrantes Norma María Rivera y José Nelson Jiménez y le he hecho las observaciones y correcciones que corresponden.

Y para los fines que estimen convenientes se extiende la presente a los veintidós días del mes de marzo del 2017.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Edna Maradiaga', written over a horizontal line.

Dra. Edna Maradiaga.

Cel. 99285738

Correo: ednamaradiaga@unitec.edu

CONSTANCIA

Yo Jessica López con numero de identidad 0810 1978 00084 y residente de este domicilio de profesión Licenciada en la Enseñanza del Español, por este medio hago constar que he realizado la revisión de la Parte de Gramática (Redacción, ortografía, coherencia y cohesión) y Puntuación (Uso del punto, la coma, punto y coma), de la tesis de los maestrantes Norma Rivera y José Nelson Jiménez. Y certifico que tras la revisión del documento se encuentra conforme a las reglas que establece la gramática de la lengua española.

Y para los fines que estimen conveniente se extiende la presente a los 15 días del mes de marzo de 2017



Licda. Jessica López
Celular 9474-5886
Jessicalpez787@yahoo.com